



La salute: il nostro bene più prezioso

Bilancio e Relazioni 2024



Uni.C.A.

PER IL PERSONALE E LE
AZIENDE DEL GRUPPO



UniCredit

Indice

Cariche Sociali	4	I rapporti tecnici (Loss ratio)	59
Relazione del Consiglio di Amministrazione	8	Le coperture sanitarie di base (polizze assicurative)	59
Relazione sulla gestione	12	Le coperture dentarie	61
La Cassa sanitaria del Gruppo UniCredit: la nostra storia	14	Le principali evidenze operative e gestionali	62
Il Sistema sanitario pubblico italiano e la sanità privata: dove stiamo andando?	16	Le prestazioni erogate: analisi e confronto con anni precedenti	63
Introduzione	16	Andamenti delle coperture di base	63
Il contesto demografico e socioeconomico	17	Andamenti delle coperture dentarie	73
La spesa sanitaria pubblica e privata	18	L'esercizio delle autonomie da parte del Direttore	80
La spesa sanitaria "catastrofica" – Focus	24	Le posizioni in contenzioso	80
La sostenibilità del SSN e la chiamata in causa delle assicurazioni sanitarie	26	Le principali evidenze contabili	80
Conclusioni	26	L'applicazione del DM Sacconi	82
Il modello organizzativo e la sua evoluzione	31	Le attività istituzionali	83
Avvicendamento in seno agli Organi Sociali di Uni.C.A.	31	Il 2025: attività relative al 1° trimestre	83
Lo staff di Uni.C.A.	31	Bilancio al 31 dicembre 2024	84
I consulenti medici	32	Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2024	86
L'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01	32	Conto Economico per l'esercizio 2024	88
Il modello di servizio	33	Conto Economico per l'esercizio 2024 - Sezione dipendenti	90
Partnership assicurativa e di servizio	33	Conto Economico per l'esercizio 2024 - Sezione pensionati	92
La Convenzione tra Uni.C.A. e UniCredit	33	Nota integrativa per l'esercizio 2024	94
Le prestazioni garantite da Uni.C.A. e i beneficiari	35	Informazioni preliminari	94
Gli iscritti: i dati al 31.12.2024 e i trend	36	Contenuto e forma del Bilancio	94
Il servizio agli assistiti	48	Principi contabili e criteri di valutazione	95
I Piani sanitari 2024-2025.	48	Informazioni sullo stato patrimoniale e sul conto economico	97
La prevenzione: la nuova Campagna	50	Movimentazione dei fondi di riserva nell'anno	98
Le altre iniziative finanziate direttamente	54	Movimentazione degli altri fondi nell'anno	100
La procedura di segnalazioni/reclami di Uni.C.A.	54	Relazione del Collegio dei Revisori	108
Le attività di controllo della correttezza dei dati contenuti nel sistema anagrafico	58	Relazione unitaria del Collegio dei Revisori	110



Cariche Sociali

Consiglio di Amministrazione

> **Presidente**

Argento Antonio

> **Vice Presidente**

Do' Igor

> **Consiglieri**

Bianchi Renato Carlo

Bruno Francesco

Campagna Emilio

Cantarini Patrizia

Caracciolo Cinzia

Ceriani Adriano

D'auria Gianluca

Farina Ignazio Stefano

Ghislotti Luigi Luca

Gobbi Maria Cristina

Granito Federico

Gregorio Massimo

Louvier Ruggero

Matta Giuseppe

Statti Giovanna

Valenti Guglielmo

Comitato Esecutivo

> **Presidente**

Argento Antonio

> **Vice Presidente**

Do' Igor

> **Consiglieri**

Bianchi Renato Carlo

Campagna Emilio

Farina Ignazio Stefano

Gregorio Massimo

Matta Giuseppe

Statti Giovanna

Collegio dei Revisori

> **Presidente**

Davite David

> **Revisori effettivi**

Costigliolo Cristina

Ferraro Vincenzo

Sibille Fiorenza

> **Revisori Supplenti**

Achenbach Riccardo

Roggero Gianna Maria

> **Direttore**

Miriam Travaglia

> **Vice Direttore**

Renato De Mattia



Relazione del Consiglio di Amministrazione



Diciotto anni della nostra Associazione

Cari Iscritti e Iscritte,

la fine 2024 si è chiuso il diciottesimo anno di attività della nostra Associazione.

L'anno trascorso ha segnato un percorso importante nella vita della Cassa: il 1° gennaio sono stati avviati i nuovi Piani sanitari 2024-2025, che hanno visto il passaggio della gestione assicurativa delle coperture di base a Generali SpA, uno dei principali gruppi assicurativi del settore sanitario, dopo oltre un decennio di partnership con altra Compagnia. Il cambiamento ha riguardato anche il provider incaricato della gestione dei servizi che è stato individuato in Welion, società specializzata in soluzioni per la salute ed il welfare e partner di riferimento di Generali.

Il lancio dei nuovi programmi sanitari ha comportato un forte impegno per l'Associazione, coadiuvata dal nuovo fornitore assicurativo, con l'obiettivo di garantire a tutti voi la possibilità di usufruire di un servizio fluido e senza interruzioni rispetto al passato. Per questo motivo, il lavoro si è da subito concentrato sull'integrazione dei sistemi informatici con quelli della Compagnia per consentire la continuità di tutti i servizi per i nostri iscritti, in primis:

- la gestione delle pratiche di assistenza diretta tramite il network convenzionato;
- la liquidazione dei rimborsi;
- una piattaforma telematica semplice ma efficace e rapida per la gestione delle richieste.

Con riferimento all'ultimo punto, la Compagnia ha, inoltre, costantemente lavorato all'ottimizzazione della

propria infrastruttura informatica, migliorando via via la user experience per gli assicurati.

La soddisfazione più grande per il lavoro svolto è arrivata proprio da tutti voi che con i vostri feedback e suggerimenti e anche con i vostri ringraziamenti ci avete dato attestato del valore della Cassa e della sua concretezza!

Altro traguardo importante è stato l'avvio, in fase autunnale, della decima edizione della Campagna di Prevenzione, gratuita per tutti i titolari di copertura, che ha visto tante novità:

- una formula più flessibile e personalizzabile;
- la possibilità di eseguire gli esami in strutture diverse e in tempi diversi;
- pacchetti specifici per over 40 e prestazioni ampliate per i più giovani;
- procedure di prenotazione semplificate.

La Campagna, che arricchisce l'offerta Welfare di UniCredit a sostegno della salute e del benessere delle persone, terminerà il 30 giugno 2025, per cui invitiamo tutti coloro che ancora non ne hanno usufruito ad effettuare le prenotazioni dei check up.

Tra le attività che hanno caratterizzato il 2024, va menzionato l'aggiornamento del Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231/01 della Cassa, effettuato su indicazione dell'Organismo di Vigilanza ai fini di un suo adeguamento alle più recenti variazioni normative in materia, nonché per conformare quanto più possibile il modello alle peculiarità di Uni.C.A.

“

Un obiettivo costante: migliorare i servizi offerti a voi ed alle vostre famiglie e garantire soluzioni sanitarie di qualità, perché per noi la vostra salute è il bene più importante.”

Le attività di audit, avviate nel 2023 e previste su un orizzonte pluriennale, hanno confermato la sostanziale correttezza delle procedure gestionali della Cassa.

Dal punto di vista istituzionale, Uni.C.A. ha proseguito il confronto con il Ministero della Salute, partecipando agli incontri dedicati al progetto del “Cruscotto delle Prestazioni Sanitarie”, avviato ormai da diversi anni e volto ad implementare il patrimonio informativo del Ministero sui Fondi e le Casse sanitarie.

Anche per il 2024, la Cassa ha confermato la piena conformità con le previsioni del cd. “DM Sacconi”, continuando a garantire ai propri associati la deducibilità fiscale dei contributi versati per l’assistenza sanitaria.

Il Bilancio 2024 si chiude con un avanzo contabile di € 17.520, destinato ad aumentare le riserve esistenti per il finanziamento delle future attività associative.

In conclusione, il 2024 è stato un anno molto impegnativo e di forte cambiamento in cui, però, abbiamo avuto un obiettivo costante; quello di migliorare i servizi offerti a voi ed alle vostre famiglie e garantire soluzioni sanitarie di qualità, perché per noi la vostra salute è il bene più importante.

Grazie per il vostro supporto e la vostra fiducia!

Il Presidente

Antonio Argento





Relazione sulla gestione



» La Cassa sanitaria del Gruppo UniCredit: la nostra storia

Uni.C.A. è un'associazione senza scopo di lucro, costituita il 15 novembre 2006 ai sensi dell'art. 36 del Codice Civile, con l'obiettivo di garantire e gestire, con finalità esclusivamente assistenziali e ispirandosi a principi solidaristici e mutualistici, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale a favore dei propri iscritti, persone fisiche e loro familiari.

L'Associazione ha origine dall'accordo del 15 dicembre 2005 tra UniCredit (ex UniCredito Italiano) e le Organizzazioni Sindacali del Gruppo.

Dal 1° gennaio 2007, Uni.C.A. ha iniziato ufficialmente la propria attività, consolidandosi come una delle realtà rilevanti nel panorama dell'assistenza sanitaria integrativa in Italia.

Nel corso dei suoi diciotto anni di attività, l'Associazione si è profondamente evoluta, con un assestamento graduale nel tempo del proprio modello di servizio ed un potenziamento del suo sistema di controllo e governo delle attività.

Dal 2018, la sede legale di Uni.C.A. è situata in Piazza Gae Aulenti 3, Milano, presso la Direzione Generale di UniCredit. (dove ha sede anche la Direzione generale del Gruppo UniCredit).

1 GENNAIO

2007

inizia ufficialmente l'attività
di Uni.C.A.

DOPO

18ANNI

L'Associazione si è profondamente
evoluta





» Il Sistema sanitario pubblico italiano e la sanità privata: dove stiamo andando?

A cura dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CeRGAS - SDA BOCCONI (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management)

Introduzione

Negli ultimi mesi, il dibattito sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e sulla sua sostenibilità ha assunto crescente rilevanza, giungendo ormai frequentemente sulle prime pagine dei quotidiani. Il dibattito pubblico si è, tuttavia, fermato a constatare le difficoltà del SSN e la necessità di intervenire al fine di garantire la copertura universale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Finora non sembra essere emerso con sufficiente chiarezza quali siano le criticità essenziali del SSN e del sistema sanitario nel suo complesso, che richiederebbero interventi più articolati rispetto al solo incremento del finanziamento che, al momento, non sembra essere percorribile come sarà argomentato di seguito.

Il contesto demografico e socioeconomico

La prima criticità del SSN spesso richiamata, ma non sempre valutata in termini di impatto effettivo nel breve-medio periodo, è il contesto in cui opera. Si tratta di uno scenario decisamente difficile a cui si contrappongono narrazioni spesso semplicistiche che non contribuiscono ad affrontarlo efficacemente. È noto, infatti, che l'Italia è il secondo Paese più anziano al mondo dopo il Giappone, con una popolazione ultrasessantacinquenne in costante crescita e con tassi di natalità più bassi a livello globale. Sebbene tale questione sia ampiamente discussa, come già ricordato, spesso manca la consapevolezza che non si tratta più di un fenomeno a lungo termine, bensì di una realtà che sta già avendo ripercussioni significative sulla sostenibilità economica e sanitaria del Paese nel breve periodo.

ITALIA

è il secondo Paese più anziano al mondo dopo il Giappone

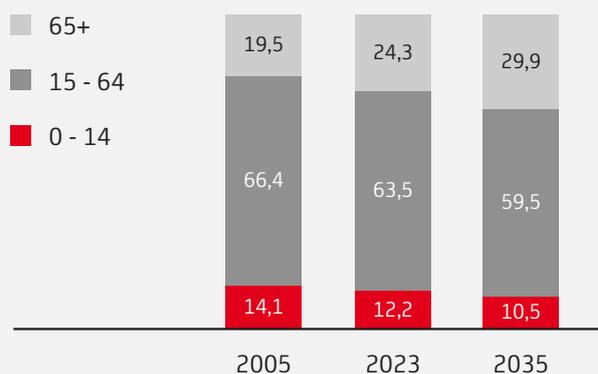
2 su 3

è il rapporto lavoratori-pensionati in Italia

Secondo le previsioni demografiche, il rapporto tra lavoratori e pensionati peggiorerà ulteriormente nel prossimo decennio, aumentando la pressione sui sistemi previdenziali e sanitari. Le attuali stime del Piano Strutturale di Bilancio dello Stato (ottobre 2024, p. 187) indicano che l'incremento dell'età pensionabile e la riduzione della durata media del pensionamento da 20 a 15 anni non saranno sufficienti a compensare la crescente spesa previdenziale, determinata dall'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne.

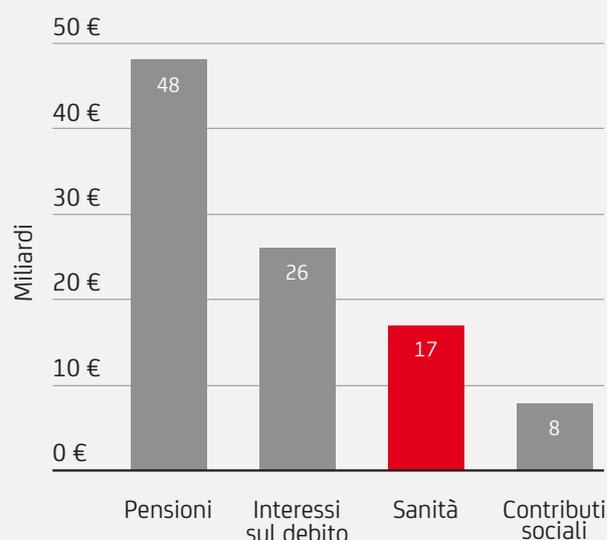
Inoltre, nel 2024 il rapporto lavoratori-pensionati di 2 a 3 ha già richiesto un finanziamento statale di 165 miliardi di euro all'INPS, poiché i contributi dei lavoratori non sono stati sufficienti a coprire le pensioni. Tale situazione fa stimare un incremento della spesa pensionistica di 48 miliardi di euro entro il 2027, portandola a 366,5 miliardi di euro (15,4% del PIL) e al 17% del PIL nei primi anni 2030. A ciò si aggiunge il pagamento degli interessi sul debito pubblico, che raggiungerà i 26 miliardi di euro entro il 2027. Di conseguenza, le risorse destinate alla sanità potranno aumentare di soli 17 miliardi di euro nei prossimi tre anni.

Figura 1 – Distribuzione percentuale della popolazione residente in Italia per fascia di età – 2005, 2023, 2035



Fonte: Istat, Popolazione e famiglie.

Figura 2 – Componenti principali di spesa pubblica: variazione previsionale 2023-2027, mld €



Fonte: Ricci, Evoluzione dell'offerta sanitaria, criticità principali e prospettive per un SSN sostenibile. Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024.

La spesa sanitaria pubblica e privata

L'incremento della spesa sanitaria privata, considerato da molti come una conseguenza inevitabile della limitata disponibilità di risorse pubbliche disponibili per la spesa sanitaria pubblica, si presenta con una dinamica controintuitiva. Infatti, nonostante la spesa sanitaria pubblica italiana sia pari al 6,3% del PIL, da tempo una delle più basse tra i grandi Paesi europei, la spesa privata ha continuato a crescere costantemente in questi anni senza tuttavia colmare le carenze del sistema. In termini di quota di PIL, la percentuale di spesa pubblica è diminuita dal 6,6% nel 2015 al 6,1% nel 2023, mentre la spesa privata si è mantenuta stabile negli anni intorno al 2,2% del PIL.

NEL 2023

45,9 miliardi

di euro per la spesa sanitaria privata

In termini assoluti, la spesa sanitaria privata è cresciuta costantemente negli ultimi otto anni, passando da 37,5 miliardi di euro nel 2015 a 45,9 miliardi nel 2023 (+22%). Dal 2015 al 2023, la spesa sanitaria pubblica in Italia è aumentata da 109,1 miliardi di euro a 130,3 miliardi di euro, registrando un incremento di 21,2 miliardi di euro (+19%).

Tabella 1 – Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione ad altre grandezze macroeconomiche, 2015-2023

	Tutti i regimi di finanziamento (totale)		
	2015	2023	Δ '15 - '23
Miliardi di euro	146.6	176.2	20%
In % PIL	8,8%	8,3%	
	Spesa pubblica		
	2015	2023	Δ '15 - '23
Miliardi di euro	109.1	130.3	19%
In % sulla spesa totale	74,4%	74,0%	
In % PIL	6,6%	6,1%	
	Spesa diretta delle famiglie e dei regimi volontari		
	2015	2023	Δ '15 - '23
Miliardi di euro	37.5	45.9	22%
In % sulla spesa totale	25,6%	26,0%	
In % PIL	2,3%	2,2%	
PIL in miliardi di euro	1.663	2.018	

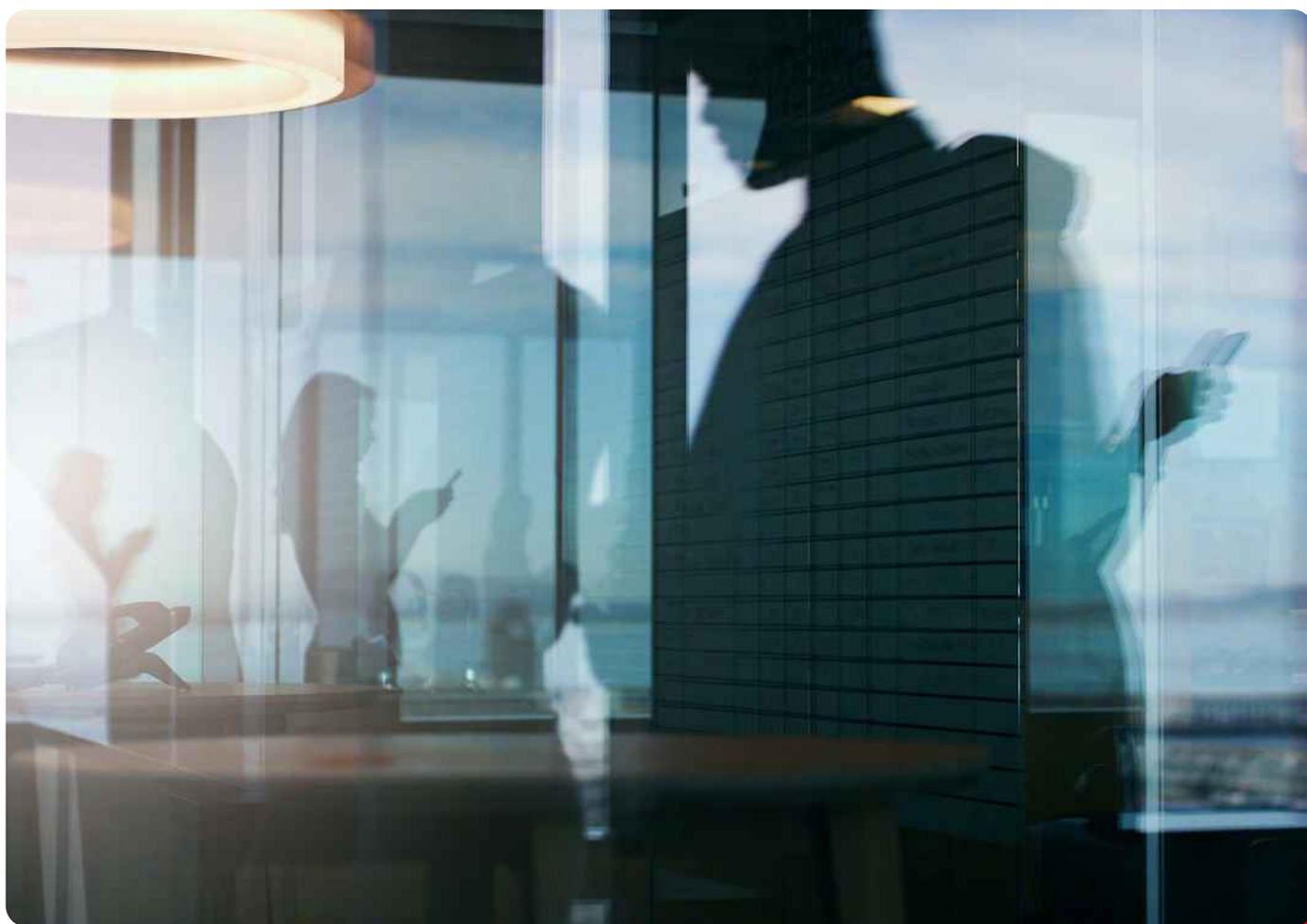
Fonte: Del Vecchio, Fenech, Rappini, Preti. I consumi privati in sanità, in Rapporto OASI 2024, EGEA Milano 2024. Tab. 6.5 p.248.

Le fonti di finanziamento della spesa sanitaria privata sono state oggetto di leggeri cambiamenti che non hanno, comunque, implicato variazioni nell'ordine di grandezza della quota finanziata out-of-pocket e di quella intermediata da regimi volontari (cfr. tabella 2).

Tabella 2 – Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento 2015 e 2023

Spesa sanitaria privata	2015	2023	Δ '15 - '23
Spesa diretta delle famiglie	34,4	40,6	18%
In % sul totale	92%	89%	
Regimi di finanziamento volontari di cui:	3,1	5,2	68%
Assicurazioni sanitarie volontarie	2,3	4,0	74%
Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,2	0,4	
Regimi di finanziamento da parte di imprese	0,6	0,8	
TOTALE	37,5	45,9	22%

Fonte: Adattamento da Del Vecchio, Fenech, Rappini, Preti. I consumi privati in sanità, in Rapporto OASI 2024, EGEA Milano 2024. Tab. 6.7 p.251.



Relazione sulla gestione

Considerando l'andamento della spesa privata precedentemente descritto, risulta fondamentale analizzarne la composizione e l'evoluzione nel tempo. In particolare, è opportuno verificare se, oltre a un costante ma contenuto incremento annuale registrato negli ultimi anni, si siano avute variazioni nell'entità delle principali voci di spesa (cfr. tabella 3) e come si siano manifestate variazioni nella distribuzione delle diverse categorie di spesa nonché se alcune voci abbiano registrato incrementi specifici più significativi rispetto ad altre (cfr. tabella 4).

La seguente Tabella 3 evidenzia come i servizi ambulatoriali prendano poco più della metà dell'intera spesa privata in cui le prestazioni odontoiatriche, seguite dalla specialistica ambulatoriale, ticket incluso, costituiscono più di un terzo del totale. Tuttavia, la

principale voce di spesa, pari al 24% del totale, è costituita dalla spesa farmaceutica che include tutti gli acquisti di farmaci in fascia A non generici, quelli in fascia C (a pagamento con benefici fiscali), farmaci senza prescrizione (SOP) e i cosiddetti da banco (OTC).

Tabella 3 – **Composizione della spesa sanitaria privata in Italia nel 2023**

Macro-categorie di spesa	Micro - voci di spesa	2023	
		Mld €	% del totale
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,1	4,5%
	Ricoveri in strutture LTC	3,9	8,6%
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (incluso ticket)	6,9	15,0%
	Servizi dentistici	8,8	19,2%
	Servizi diagnostici	3,7	8,0%
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti)	4,9	10,6%
Beni sanitari	Farmaci (A, C, OTC, SOP, con ticket, e differenza prezzo)	11,4	24,2%
	Altri prodotti medicali non durevoli		34,0%
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, protesi auditive ecc. ecc.)	4,5	9,8%
TOTALE		45,9	100,0%

Fonte: Preti, I consumi privati in sanità in Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024

La seguente tabella 4, invece, permette di confrontare la variazione percentuale dei volumi di spesa privata per categoria di prestazione nel periodo 2012-2023, con un focus specifico sugli ultimi quattro anni (2019-2023), al fine di individuare un eventuale impatto della pandemia sulle modalità di utilizzo della stessa spesa privata. L'aumento più significativo si registra per l'assistenza ambulatoriale, sia nel medio periodo (2012-2023) sia nel breve periodo (2019-2023), a scapito della spesa per l'assistenza ospedaliera.

FOCUS SUGLI ULTIMI 4 ANNI

'19 - '23

per individuare un eventuale impatto della pandemia sulle modalità di utilizzo della stessa spesa privata

Tabella 4 – **Variazione della spesa sanitaria privata per voce di spesa negli intervalli temporali del decennio 2012 – 2023 e quadriennio 2019 - 2023**

Spesa per funzione di assistenza	Δ '12 - '23	Δ '19 - '23
Spesa sanitaria privata corrente	+33%	+12%
Spesa privata per assistenza ospedaliera (ordinaria e day hospital)	-6%	-2%
Spesa privata per assistenza ambulatoriale	+57%	+23%
Spesa privata per assistenza LTC	+29%	+10%
Spesa privata per prodotti farmaceutici e altri beni	+18%	+2%
Spesa privata per attrezzature terapeutiche	+36%	+17%

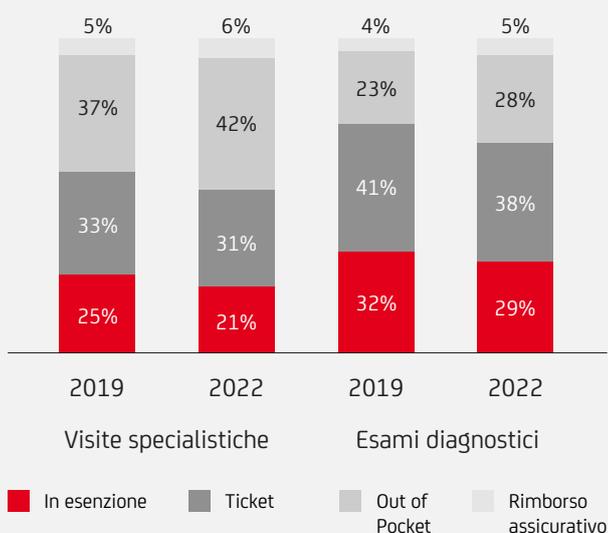
Fonte: Preti, I consumi privati in sanità in Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024.

Un persistente incremento della spesa ambulatoriale si continua, infine, a registrare anche nell'arco dei due ultimi anni disponibili, 2022 e 2023, con un incremento del 3% in 12 mesi. Pertanto, sarà importante analizzare i dati del successivo 2024 per comprendere se si tratta di un fenomeno legato, almeno in parte, alle tensioni organizzative legate al Covid, oppure se si è di fronte all'ultimo tassello di un processo che sembra essere comunque iniziato molto tempo fa. In particolare, tali variazioni possono essere riconducibili (anche in parte) al processo di cambiamento dei setting di cura a favore dell'ambulatoriale, ma potrebbe anche essere riconducibile a un fenomeno, spesso paventato, di sostanziale "espulsione" dell'assistenza ambulatoriale dalla copertura del SSN ossia di razionamento implicito di tale assistenza oppure di mancata capacità del governo della domanda.

Relazione sulla gestione

Un ulteriore segnale di questo spostamento della spesa privata sull'assistenza ambulatoriale emerge dall'analisi aggiornata della modalità di pagamento delle visite specialistiche e della diagnostica da parte delle famiglie italiane in base all'indagine ISTAT dedicata appunto ai consumi di dette famiglie (cfr. Figura 3 successiva)

Figura 3 – Modalità di pagamento delle visite specialistiche e degli esami diagnostici delle famiglie italiane



Fonte: Preti, I consumi privati in sanità in Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024. Significativa è anche l'incremento del 7,4% della spesa farmaceutica sempre tra il 2022 e il 2023.

Tra il 2019 e il 2022, si è registrata una diminuzione del 6% nella quota di prestazioni percepite dalle famiglie come "gratuite" perché interamente coperte dal SSN; in diminuzione anche quelle parzialmente finanziate attraverso il ticket. Questo calo è stato compensato principalmente da un aumento del 5% nel pagamento diretto out-of-pocket. Tali dati vanno interpretati considerando che il consumo di prestazioni ambulatoriali rimane inferiore ai livelli pre-Covid, mentre si osserva una maggiore propensione al ricorso al settore privato, sebbene ciò non si sia ancora tradotto in un incremento più significativo della spesa privata complessiva.

Dal punto di vista del settore pubblico, questa tendenza trova conferma nell'andamento dei volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dal SSN tra il 2019 e il 2023, prendendo come riferimento il valore indice

del 2019. Ne emerge che, nel 2023, il SSN non aveva ancora recuperato i volumi di attività relativi alle visite specialistiche e ai trattamenti terapeutici, che includono sia i ricoveri sia la riabilitazione.

In particolare, nel 2023, la produzione nel SSN risulta diminuita rispetto al 2019, soprattutto in ambito ambulatoriale (-8%), nonostante un aumento del numero di medici in servizio rispetto al periodo pre-Covid. Le prime visite erogate sono calate del 10%, mentre le prescrizioni di ricette da parte di medici specialisti e medici di medicina generale (MMG) sono aumentate del 31%. (Fonte: Ricci e Merlino (2025, Mecosan in corso di pubblicazione) su dati portale statistico AGENAS)

A complemento di questo scenario va rilevato come, in tutte le regioni italiane, si ha un crescente divario tra il numero di prestazioni prescritte e la reale capacità produttiva del SSN. In alcune aree, si riscontrano differenze fino al 100% tra le visite e gli esami diagnostici prescritti e quelli effettivamente erogati, suggerendo che una ricetta su due non trova risposta nel SSN. Di conseguenza, l'accesso alle cure dipende dalla capacità sociale e culturale del cittadino di "navigare" il sistema sanitario. Ciò può implicare le seguenti opzioni per un paziente che fatica ad accedere alla prestazione prescritta: (i) ottenere la prestazione nei tempi indicati se rientrano in una categoria di elevata priorità; (ii) tornare dal medico per ottenere una nuova ricetta con maggiore urgenza; (iii) attendere oltre i tempi considerati accettabili dal prescrittore; (iv) ricorrere a prestazioni private a pagamento; (v) rinunciare alla prestazione.

Le proporzioni tra queste categorie variano a seconda della patologia, della disciplina medica, del contesto territoriale e dell'organizzazione sanitaria locale. Le regioni con un alto numero di prescrizioni tendono a registrare anche un maggiore consumo pubblico per abitante, ma al contempo presentano le liste di attesa più lunghe. Questo suggerisce che, se si riuscisse ad azzerare le attuali liste di attesa senza una revisione del sistema di prescrizioni, le aree con un eccesso di consumi sanitari rischierebbero di amplificare ulteriormente il fenomeno, aumentando i casi di inappropriatezza. La conclusione può quindi essere che la pressione sulle liste di attesa, se non accompagnata da una riorganizzazione del sistema di prescrizioni, rischia di essere inefficace o persino controproducente rispetto agli obiettivi di appropriatezza, equità e sostenibilità economica del SSN.

I ricercatori Francesco Longo e Alberto Ricci del CeRGAS rilevano che, quanto appena detto, può essere riconducibile ad un andamento delle prescrizioni che sembra essere spesso randomico, sganciato dall'epidemiologia. Ad esempio, considerando due regioni italiane con caratteristiche epidemiologiche e socio-economiche simili, in Emilia-Romagna si eroga il doppio delle prestazioni diagnostiche per abitante rispetto alla Lombardia, mentre quest'ultima fornisce il 50% in più di prestazioni cliniche (visite e terapie) rispetto all'Emilia-Romagna. Le prestazioni di laboratorio, invece, risultano simili tra le due regioni, sebbene vi siano variazioni infra-regionali anche del 40-50%. Queste differenze possono essere influenzate dall'offerta locale, dal livello di alfabetizzazione sanitaria, dalla domanda di prestazioni, dalla cultura del consumo sanitario e dalla propensione al regime privato. Le discrepanze risultano ancora più marcate confrontando le regioni del Nord con quelle del Sud. Il consumo medio per residente valorizzato a tariffa è pari

a 212€, con un valore massimo di 265€ in Lombardia e un minimo di 161€ in Campania, registrando così una variazione del 65%. Va evidenziato che queste differenze nei consumi sono raramente al centro del dibattito poiché le metriche prevalenti del SSN si concentrano sulla produzione per unità erogativa, trascurando il consumo effettivo per residente. Ciò porta a una situazione in cui, indipendentemente dalla tipologia di prestazione o dall'area geografica, si registrano variazioni di consumo pro capite anche del 100%, senza una correlazione evidente con i bisogni sanitari della popolazione.

In sintesi, l'analisi congiunta dell'andamento della spesa pubblica e privata sembrano indicare che a fronte di una spesa sanitaria pubblica limitata, gli italiani stanno per ora rispondendo senza compensare sostanziosamente con la spesa privata, ma riallocandola soprattutto sull'area dell'assistenza ambulatoriale (inclusa l'odontoiatria) e la farmaceutica.



La spesa sanitaria “catastrofica” – Focus

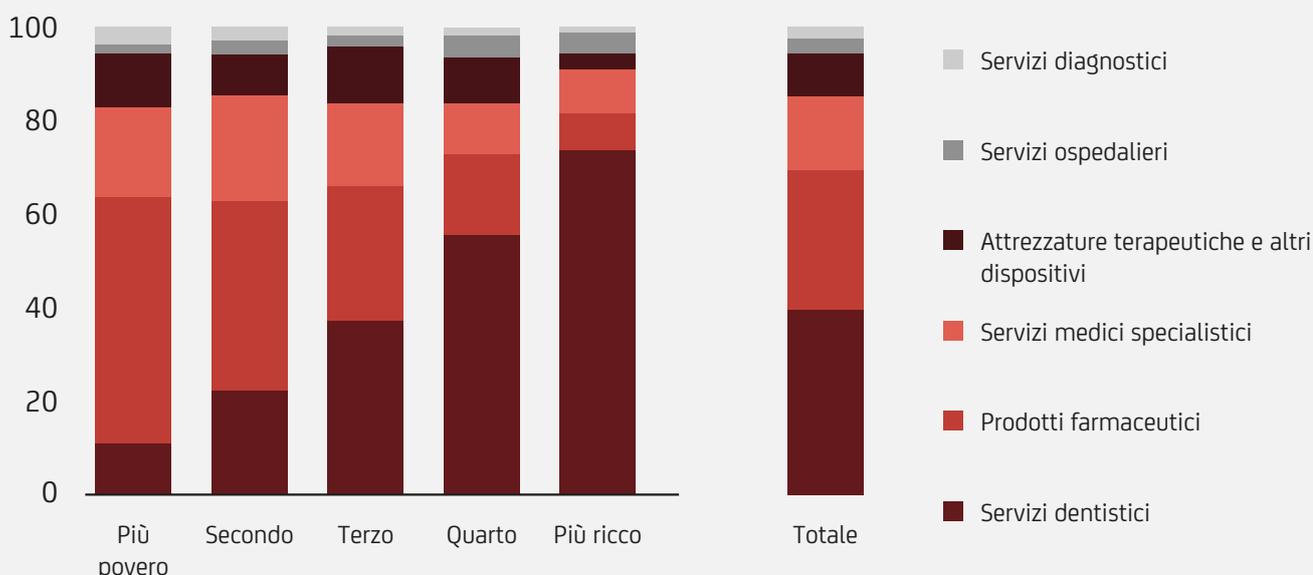
È la spesa sanitaria capace di impattare in modo significativo sulla capacità delle famiglie a sostenerne il costo.

A fronte di scenari sociodemografici che, inevitabilmente, implicano un incremento della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria e una limitata disponibilità di risorse finanziarie pubbliche, accompagnato da un incremento finora non compensatorio della spesa sanitaria privata, si propone un’analisi su un eventuale impatto in Italia di quella che viene definita spesa sanitaria catastrofica ossia la spesa sanitaria capace di impattare in modo significativo sulla capacità delle famiglie a sostenerne il costo. In particolare, l’Unità europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato le seguenti categorie nei Paesi ad alto reddito come l’Italia quali oggetto di monitoraggio: (i) famiglie impoverite a seguito di spese

sanitarie in quanto queste ultime sono superiori alla capacità a pagare; (ii) famiglie ulteriormente impoverite che devono affrontare spese sanitarie pure in assenza di capacità a pagare; (iii) famiglie le cui spese sanitarie superano il 40% della loro capacità a pagare.

Dalle analisi svolte emerge che nel 2022 la quota di popolazione italiana riconducibile alle categorie sopra descritte è stata dell’8,6% nel 2022 dopo essere salita al 10,7 nel 2021. Gran parte del ridimensionamento è da attribuire a questioni metodologiche e soltanto i prossimi anni diranno se si tratti di una effettiva riduzione. In ogni caso, anche il valore 2022 colloca l’Italia tra i Paesi con un’incidenza di spesa catastrofica tra il 5% e il 10% (come ad esempio Polonia, Grecia, Malta, Estonia, ecc.), lontana da tutti i paesi dell’Europa occidentale (Francia, Germania, Spagna, Regno Unito), la cui incidenza si colloca stabilmente sotto il 5% (WHO Regional Office for Europe, 2023). A partire da questi dati, è quindi importante identificare le aree di assistenza dove si concentra la spesa potenzialmente catastrofica per questa quota di famiglie italiane.

Figura 4 – **Composizione (%) della spesa sanitaria per famiglie che affrontano spese catastrofiche**



Fonte: Preti, I consumi privati in sanità in Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024. Significativa è anche l’incremento del 7,4% della spesa farmaceutica sempre tra il 2022 e il 2023.

2021

10,7%

popolazione italiana che affronta la spesa sanitaria catastrofica

2022

8,6%

popolazione italiana che affronta la spesa sanitaria catastrofica

è importante **identificare le aree di assistenza** dove si concentra la spesa potenzialmente catastrofica per questa quota di famiglie italiane

SPESE SANITARIE
CATASTROFICHE

40%

determinato dai costi sostenuti per i **servizi dentistici**

SPESE SANITARIE
CATASTROFICHE

30%

determinato dai costi sostenuti per l'acquisto di **medicinali e prodotti farmaceutici**

l'incidenza di tali spese **varia in funzione del reddito familiare**

Le spese sanitarie catastrofiche sono principalmente determinate dai costi sostenuti per i servizi dentistici (40%) e per l'acquisto di medicinali e prodotti farmaceutici (30%). Tuttavia, l'incidenza di tali spese varia in funzione del reddito familiare. Nel quintile più povero, che rappresenta il 64% delle famiglie soggette a spese catastrofiche, il 53% di queste ultime è attribuibile all'acquisto di farmaci, mentre il 19% è dovuto ai costi per servizi medici specialistici. Al contrario, nei quintili di reddito più elevati, le spese per servizi dentistici costituiscono la principale voce di spesa catastrofica, incidendo per il 56% nel quarto quintile e per il 73% nel quinto.

Per le famiglie meno abbienti e per gli anziani, le spese farmaceutiche private rappresentano un onere significativo, in quanto i farmaci appartenenti alla Fascia C, così come quelli classificati come SOP (senza obbligo di prescrizione) e OTC (da banco), non sono coperti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel 2023, circa il 40% della spesa farmaceutica territoriale è risultata di natura privata ed è stata destinata all'acquisto di farmaci non rimborsati. Inoltre, molte famiglie hanno sostenuto spese per l'acquisto di prodotti non farmaceutici, quali

integratori alimentari, spesso su consiglio medico o farmacista.

Le spese per servizi medici specialistici rappresentano una quota rilevante delle spese catastrofiche, incidendo per il 19% nelle famiglie appartenenti al quintile più basso e per il 22% nel secondo quintile. Ciò può essere ricondotto sia ai costi dei ticket sanitari per l'accesso alle prestazioni specialistiche, sia a difficoltà di accesso ai servizi pubblici, quali tempi di attesa prolungati e carenze nella disponibilità territoriale, che spingono anche le famiglie meno abbienti a ricorrere a prestazioni private.

Infine, il ridotto impatto delle spese dentistiche sulle famiglie più povere non è indice di una maggiore accessibilità a tali servizi, bensì di una loro fruizione estremamente limitata. Questo fenomeno solleva rilevanti questioni di equità, poiché le difficoltà economiche impediscono alle fasce più vulnerabili della popolazione di accedere a cure odontoiatriche adeguate, con conseguenze significative sullo stato di salute generale.

La sostenibilità del SSN e la chiamata in causa delle assicurazioni sanitarie

Focalizzandoci sull'altra faccia della medaglia, ossia l'effettiva capacità del SSN di garantire un accesso universalistico, l'impressione che si ricava da un'analisi approfondita è che sebbene il SSN sia formalmente universalistico, fatica oggi a garantire una copertura uniforme a tutti i cittadini. In particolare, come riportano i ricercatori Longo e Ricci (2024) sembra mancare un "governo dell'accesso": ad esempio, le prime visite del 2022 e del primo semestre del 2023 sono pari al 105% di quelle che dovrebbero essere le successive visite di controllo, suggerendo una possibile incapacità di presa in carico da parte del sistema sanitario pubblico una

volta avvenuta la prima visita oppure l'uso inappropriato di queste ultime. Un diverso aspetto di questa mancata capacità di governo dell'accesso è rappresentato, poi, da due dati relativi alla salute mentale, area di assistenza sempre più critica nel nostro Paese, ma in apparenza scarsamente gestita dal SSN: infatti, il volume di pazienti trattati con antipsicotici, litio e antidepressivi nel 2022 è stato di 8,2 milioni, mentre i pazienti in carico presso i centri di salute mentale del SSN è stato di 0,8 milioni; questi ultimi, poi, hanno un'età media che varia tra i 40 e i 55 anni a seconda della patologia, indicando una grave disfunzione nei canali di accesso in quanto sembrerebbe precluso l'ingresso a nuovi pazienti per via della mancanza di posti e di revisione dei trattamenti terapeutici relativi ai pazienti già in cura.

“

sebbene il SSN sia formalmente universalistico, oggi fatica a garantire una copertura uniforme a tutti i cittadini”

Conclusioni

In estrema sintesi, secondo i sopra citati Longo e Ricci (2024) le difficoltà del SSN di cui si sono riportate fin qui le evidenze possono essere sintetizzate nei seguenti punti.

Un disallineamento tra risorse e bisogni per cui un sistema universalistico che riceve solo il 6,3% del PIL e opera in uno dei Paesi più anziani al mondo fatica a rendere esplicita la discrepanza tra bisogni sanitari, aspettative della popolazione e risorse disponibili. La presenza di questo disallineamento è resa particolarmente critica da un'assenza di priorità di intervento, difficile da definire e imporre, ma la cui mancanza rischia di generare accessi ai servizi casuali, determinati da criteri impliciti e spesso inconsapevoli. Anche quando vengono stabilite priorità esplicite, esse risultano inefficaci se non accompagnate da adeguate condizioni regolatorie e operative. Tutto ciò probabilmente contribuisce a rendere disomogeneo il consumo di prestazioni sanitarie e, in particolare, in ambito ambulatoriale: la distribuzione dei consumi per abitante è irregolare e non correlata ai reali bisogni epidemiologici, sia tra le diverse regioni sia all'interno delle stesse. Infine, le criticità appena descritte evidenziano possibili problemi di governo, programmazione e organizzazione che portano a un ulteriore disallineamento tra prescrizioni e capacità erogativa rappresentato dall'ampio divario tra il numero di prescrizioni e la reale capacità di erogazione dei servizi che genera disorientamento nei cittadini e nei professionisti.

Nonostante queste criticità, il SSN dimostra una significativa capacità di controllo della spesa, riuscendo a rispettare il vincolo di bilancio nonostante il divario crescente tra risorse disponibili e bisogni sanitari. Sebbene nel 2022 e 2023 siano emersi segnali di deterioramento dell'equilibrio economico in alcuni Servizi Sanitari Regionali (SSR) e, in parte, a livello nazionale, la tenuta finanziaria del SSN rimane un elemento di forza. Tale stabilità è frutto di un solido capitale istituzionale e amministrativo, a cui contribuiscono sia il management delle aziende sanitarie sia l'intera filiera istituzionale. Tuttavia, è evidente che degli interventi anche di natura strutturale sono necessari.

Una possibile proposta, politicamente difficile da attuare sebbene sempre più incombente, avanzata dagli stessi Longo e Ricci (2024) è di iniziare a definire delle priorità da parte del SSN. Queste potrebbero riguardare specifiche patologie, setting assistenziali, fasce di popolazione o tecnologie sanitarie. Tuttavia, manca un processo consapevole di selezione, per cui le priorità emergono in modo casuale e non ottimizzano il beneficio sociale rispetto alle risorse disponibili. Ne consegue il rischio di arrivare di far prevalere la logica del "first in, first served", senza una reale valutazione delle priorità. Di conseguenza, l'intera struttura istituzionale potrebbe arrivare a operare scelte implicite e casuali, che non massimizzano il beneficio sociale.

Tra le prospettive per un cambiamento meno menzionate dal dibattito pubblico, Longo e Ricci individuano un efficace governo delle aspettative dove il SSN dovrebbe esplicitare i limiti del servizio pubblico e stabilire chiaramente quali prestazioni sono garantite e per quali categorie di pazienti. Tutto ciò implicherebbe un intervento politico di ridefinizione del concetto di universalismo, rendendolo sostenibile e realistico. Una seconda opzione che ha già dimostrato di essere difficilmente gestibile soprattutto dalla politica locale è la riorganizzazione della rete ospedaliera, chiudendo strutture inefficienti e concentrando i servizi in centri più grandi e attrezzati. Tutto ciò dovrebbe essere accompagnato da una riduzione della frammentazione dei servizi territoriali e dalla ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e tecnologiche supportato dal completamento degli investimenti previsti dal PNRR, facendo diventare la digitalizzazione e la telemedicina centrali nel modello di assistenza.

L'opzione di intervento, invece, maggiormente battuta attualmente dal dibattito pubblico è un incremento delle risorse finanziarie a disposizione del SSN. I dati e le prospettive esposte inizialmente indicano che una simile opzione non sia percorribile nell'ambito dei consolidati canali di finanziamento pubblico e portano a suggerire in modo più o meno esplicito la necessità di prospettare una riallocazione della spesa pubblica (seppure difficilmente percorribile come sopra evidenziato) oppure introdurre assicurazioni obbligatorie (come in Germania) o di compartecipazioni più estese (come in Francia).

Alla luce di queste suggestioni, nell'ambito dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CeRGAS SDA Bocconi, si è analizzato le condizioni sia di altri contesti spesso citati come Germania e Francia o Gran Bretagna, sia di altri meno citati che possono tuttavia fornire interessanti esperienze quali Spagna, Portogallo, Slovenia, Polonia. In particolare, si è focalizzata l'attenzione sui consumi privati in sanità (CPS) finanziati sia dalla spesa out-of-pocket, sia intermediati da assicurazioni private / sanità integrativa per arrivare a comprendere il loro impatto in termini di equità, sostenibilità e finanziamento del sistema sanitario pubblico.

Tabella 5

Paese	Governance	Finanziamento	Ruolo delle CPS	Politiche per le CPS
Spagna	SSN universale decentralizzato con 17 Comunità Autonome.	Esistono fondi mutualistici pubblici. No opting out. Tassazione generale.	Ruolo delle CPS Spesa privata per il 75% out-of-pocket (OOP), 20% della popolazione con VHI supplementare. Il settore privato eroga cure dentistiche e oculistiche.	Politiche per le CPS Deducibilità fiscale del 10% per spese sanitarie OOP e agevolazioni per polizze collettive.
Portogallo	SSN universale decentralizzato con 5 amministrazioni regionali. Esistono subsistemas de saude per alcune categorie. No opting out.	Tassazione generale. Spesa privata per l'80% OOP. Sistema di compartecipazioni.	Il 30% della popolazione con VHI supplementare. Il privato eroga la maggior parte di diagnostica, riabilitazione e cure dentistiche.	Deducibilità fiscale del 15% per spese sanitarie, incluse le polizze VHI.
Slovenia	Sistema basato su assicurazioni sociali obbligatorie, altamente centralizzato. No opting out.	Contributi sociali obbligatori con cost-sharing (10%-90%). Spesa OOP al 12%.	Assicurazione complementare ampiamente diffusa (70% della popolazione), abolita nel 2023 e sostituita con raccolta pubblica.	Assicurazione complementare abolita nel 2023 e sostituita con raccolta pubblica. Abolizione dell'assicurazione complementare privata e introduzione di un contributo pubblico fisso (â, -35/mese).
Regno Unito	NHS universalistico decentralizzato tra le nazioni costitutive. Copertura basata sulla residenza.	Tassazione generale e minime compartecipazioni su farmaci, cure dentistiche e oculistiche.	Mercato assicurativo limitato e concentrato nelle aree metropolitane. Le assicurazioni collettive coprono circa l'11% della popolazione.	Nessun beneficio fiscale per spese sanitarie private, tranne per fasce di reddito basso.
Francia	Sistema basato su assicurazione sociale obbligatoria con copertura universale.	Definizione annuale dell'Obiettivo Nazionale della Spesa Sanitaria (ONDAM) da parte del Governo e delle assicurazioni sociali in base a cui si stabilisce la quota di rimborso pubblico. Il finanziamento è costituito per il 36% da contributi sociali, il 32% da fiscalità generale, il 22% da tasse specifiche.	Assicurazione complementare per il 96% della popolazione, denominata assicurazione privata obbligatoria. Il settore privato copre soprattutto odontoiatria e oculistica.	Programma '100% Salute' per ridurre la spesa out-of-pocket su odontoiatria e ottica. In discussione obbligo di assicurazione complementare universale, arrivando alla copertura del 100% in base alla residenza.

Polonia	Sistema di assicurazione sociale obbligatoria centralizzato con 16 filiali regionali del Fondo Sanitario Nazionale (NZF). No opting out.	60% da contributi sociali, 10% da tassazione generale. Spesa privata al 30%, soprattutto per farmaci e cure dentistiche.	Mercato assicurativo poco sviluppato, dominato da prodotti prepagati ('abonamenty').	Nessuna agevolazione fiscale per polizze sanitarie, eccetto per riabilitazione e disabilità.
Germania	Sistema misto con assicurazione sociale obbligatoria (105 fondi malattia) e assicurazione privata (42 compagnie). Possibilità di opting out per alcune categorie di lavoratori.	Contributi sociali e fiscalità generale. Lavoratori con redditi alti possono optare per l'assicurazione privata.	Assicurazione privata sostitutiva per chi opta fuori dal sistema pubblico (10% della popolazione). Coperture private on top di quelle sociali.	Nessun beneficio fiscale per assicurazione privata, tranne in alcuni settori.+D16:H21

Sono emersi i seguenti punti:

- > Il sotto-finanziamento pubblico è una percezione ampiamente diffusa tra tutti i Paesi analizzati, con diverse accezioni tra sistemi storicamente sotto-finanziati (es. Portogallo, Polonia) e sistemi in ritirata (es. Gran Bretagna).
- > Sulla sanità a pagamento, il tema principale oggetto, a volte esplicito, di dibattito e a volte implicito o apparentemente dato per scontato, rimane quello dell'equità, intesa come iniquità dell'accesso e financial hardship.
- > Le condizioni e la struttura degli erogatori che forniscono le prestazioni orientano ovunque l'andamento del mercato delle diverse forme di coperture volontarie, siano esse polizze individuali o collettive. L'impressione tratta è che la media del rapporto sinistri/premi assicurativi dell'87% nel 2023 per le polizze relative a fondi sanitari integrativi o enti simili fornito da un recente rapporto di ANIA (ANIA, 2024) sia coerente rispetto a quanto rilevato negli altri Paesi.
- > Pertanto, la libertà di scelta di struttura e professionista sembra sempre più proposta come prodotto di nicchia rispetto all'acquisto collettivo e alla costruzione dei network.
- > Con rare eccezioni (es. Spagna), il ruolo del welfare aziendale appare determinante nello sviluppo e nella crescita delle varie forme assicurative nei contesti esaminati, spesso a prescindere dall'ampiezza del supporto pubblico.
- > Infine, in particolare l'esperienza francese, che fonda la sua sostenibilità economico-finanziaria e la garanzia della minore iniquità possibile su un complesso sistema di cosiddetta assicurazione privata obbligatoria, evidenzia come l'implementazione di soluzioni di questo tipo richieda un'attività di «manutenzione» politica e tecnica intensa e costante, basata su un dibattito che vede coinvolti tutti gli stakeholder.

In conclusione, ciò che sembra maggiormente mancare al Servizio Sanitario Nazionale italiano è un dibattito lucido e concreto che, in un'ottica di intero sistema sanitario, tenga conto di tutti i fattori illustrati nell'analisi effettuata con evidenze fattuali.

Relazione sulla gestione

Riferimenti bibliografici

ANIA, Rilevazione dati sui contratti collettivi relativi al ramo Malattia distinguendo quelli sottoscritti da fondi sanitari o enti simili*Anno di esercizio – 2023. 4 ottobre 2024.

https://www.ania.it/documents/35135/0/Esercizio+2023_polizze+collettive+malattia.pdf/7e115de3-8341-8b99-e6a3-263b34a52d91?version=1.0&t=1728037484948 (ultimo accesso 20 febbraio 2025).

Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V., Preti L. I consumi privati in sanità, in Rapporto OASI 2024, EGEA Milano 2024.

Longo F., Ricci A. Diagnosi principale del SSN: quattro criticità e quattro prospettive “impopolari” per il cambiamento, n Rapporto OASI 2024, EGEA Milano 2024.

Preti L., I consumi privati in sanità in Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024.

Ricci A., Evoluzione dell'offerta sanitaria, criticità principali e prospettive per un SSN sostenibile. Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024.

Ricci A., Merlino L. G. (2025), Liste d'attesa, livelli di produttività e trend della specialistica ambulatoriale nel SSN del post-Covid. Stiamo guardando il dito o la luna?, Mecosan, in corso di pubblicazione



» Il modello organizzativo e la sua evoluzione.

Avvicendamento in seno agli Organi Sociali di Uni.C.A.

Nell'ambito del Consiglio di Amministrazione, a decorrere dal 1° luglio 2024 è stato nominato Presidente il sig. Antonio Argento, componente di origine elettiva e, in concomitanza, è stato nominato Vice Presidente il sig. Igor Do', componente di designazione aziendale.

Tali nomine sono avvenute in conformità all'art.13 dello Statuto che prevede che il/la Presidente sia eletto dal Consiglio di Amministrazione di Uni.C.A., per 18 mesi, alternativamente, tra i Consiglieri designati dalle Aziende aderenti e quelli eletti in rappresentanza degli iscritti.

Ai sensi di analogo norma statutaria, tra i revisori, è stata nominato Presidente del Collegio dei Revisori il sig. Davide Davide, componente di designazione aziendale.

» Il Consiglio di Amministrazione è composto da 9 componenti designati dalle Aziende del Gruppo UniCredit ed 8 eletti a seguito di votazione degli iscritti in servizio più 1 eletto a seguito di votazione degli iscritti in pensione.

» Il Collegio dei Revisori è formato da 2 componenti (ed 1 supplente) eletti a seguito votazione dagli iscritti e 2 (più 1 supplente) designati dalle Aziende del Gruppo UniCredit.

Nel corso del 2024 hanno rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico di Consigliere i sig.ri Silvio Lops e Costanza Ramorino sostituiti rispettivamente dai sig.ri Igor Do' e Adriano Ceriani.

Lo staff di Uni.C.A.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 16 dello Statuto di Uni.C.A., UniCredit fornisce il personale dedicato al funzionamento della Cassa, ivi compresa la figura del Direttore.

Il team di Uni.C.A. gestisce tutte le attività ordinarie e straordinarie, i rapporti con i fornitori, la consulenza nei confronti degli iscritti e fornisce costante supporto agli Organismi istituzionali ed all'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01. In particolare, nel corso del 2024 lo staff ha gestito la formalizzazione di tutti gli accordi concernenti le nuove coperture sanitarie a valere per il biennio 2024-2025 e le attività legate al lancio dei nuovi Piani sanitari 2024-2025 e al relativo processo di adesione massiva.

I consulenti medici

L'Associazione si avvale da diversi anni di consulenti medici per il rilascio di pareri in ambito non odontoiatrico e odontoiatrico, su situazioni sanitarie particolarmente complesse oppure per chiarimenti di specifici ambiti patologici.

L'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01

In un'ottica di efficientamento del Modello Organizzativo in relazione alle peculiari attività svolte dalla Cassa, nonché per il recepimento delle novità legislative di riferimento, su suggerimento dell'Organismo, il Consiglio di Amministrazione ha conferito mandato ad una società di consulenza specializzata per l'effettuazione delle seguenti attività:

- » aggiornamento del Modello Organizzativo 231 della Cassa sulla base delle nuove disposizioni di legge intervenute successivamente all'adozione dello stesso;
- » razionalizzazione dei reati presupposto inseriti all'interno del Modello, mantenendo unicamente le fattispecie di reato astrattamente applicabili alle attività della Cassa;
- » conseguente rivalutazione del risk assessment e del sistema dei controlli interni.

Le attività di cui sopra si sono concluse a fine 2024, e la Cassa ha provveduto alla comunicazione dell'aggiornamento del suo Modello Organizzativo 231 ai destinatari dello stesso.

Nel corso dell'esercizio 2024 l'OdV non ha riscontrato violazioni del Modello Organizzativo, né ha ricevuto alcuna segnalazione da parte dei destinatari del Modello stesso e/o da terzi soggetti.

» IL modello di servizio

Partnership assicurativa e di servizio

Dalla sua costituzione ad oggi, Uni.C.A. ha fornito ai propri assistiti prestazioni di natura sanitaria ricorrendo prevalentemente alla stipula di polizze sanitarie con primarie Compagnie di assicurazione, con gestione del servizio da parte di società specializzate (per liquidazione rimborsi, prestazioni in Rete Convenzionata, etc...).

Inoltre, la Cassa ha garantito ulteriori prestazioni senza alcun onere per gli associati, quali le iniziative di prevenzione o la copertura di spese sanitarie non previste dai contratti di polizza e correlate a casi particolarmente gravi, valutati da parte del Consiglio di Amministrazione quali interventi straordinari di sostegno.

DA MODELLO

MULTIPROVIDER

A MODELLO

MONOPROVIDER

A partire dal 2014, dopo l'adozione per alcuni anni del modello "multiprovider", cioè l'utilizzo di più fornitori di servizio "indipendenti" dalle Compagnie di Assicurazione fornitrici delle polizze sanitarie, Uni.C.A. è passata ad un modello "monoprovider", ossia ad una partnership assicurativa e di servizio, per le prestazioni non odontoiatriche, con aziende facenti parte dello stesso Gruppo societario e tra di esse collegate: ciò anche grazie ad un'adeguata esperienza acquisita e ad un'autonoma capacità di valutazione dei dati gestionali ed di andamento tecnico residenti su database proprietario.

Grazie alle sinergie correlate a questo modello, negli anni l'Associazione è riuscita a mantenere elevati i livelli di copertura, nonostante lo scenario tutt'altro che favorevole legato alla crisi economica, alla diminuzione del livello dei servizi del SSN con inevitabile maggiore pressione sul settore privato, all'invecchiamento della popolazione assistita e all'inflazione sanitaria.

Lato coperture odontoiatriche, dal 2016 la Cassa gestisce in totale autoassicurazione il relativo rischio, affidandosi per la sola gestione del servizio a Aon Pronto Care (Aon Advisory and Solutions srl), facente parte del Gruppo Aon Italia, provider di provata esperienza nel settore e positivamente sperimentato nel corso degli anni.

La Convenzione tra Uni.C.A. e UniCredit

La Convenzione operativa siglata nel 2013 tra Uni.C.A. e UniCredit definisce i reciproci impegni e le competenze nella gestione delle attività, volte al funzionamento della Cassa e al perseguimento del suo scopo sociale.

In relazione a quanto definito, l'Associazione si avvale del supporto di strutture operative del Gruppo UniCredit per i servizi di Information technology (IT) e per quelli di natura amministrativa.

Nel corso degli anni, la Convenzione è stata aggiornata con l'implementazione relativa al servizio di Responsabile della Protezione dei dati (2018 - adeguamento riconducibile alla normativa GDPR) e, successivamente (2020), per apportare alcune modifiche di allineamento, in particolare la corretta attribuzione delle competenze operative al Team dedicato ad Uni.C.A. facente parte della struttura aziendale denominata People Direct, nonché le mutate modalità operative utilizzate per alcuni processi (es. addebito contributi tramite procedura SEPA).

Relazione sulla gestione

Al Team per Uni.C.A. di People Direct è demandata la gestione delle attività più propriamente amministrative, ossia quelle connesse al processo di adesioni alle assistenze; i servizi di prima informazione sulle adesioni; le attività di trasmissione/ricevimento della corrispondenza con gli assistiti; l'incasso delle quote di adesione; le attività di verifiche della situazione anagrafica e fiscale degli associati, etc.

Attraverso le sinergie sviluppate nel tempo con il Team dedicato, Uni.C.A. è riuscita a sistematizzare diversi processi operativi, garantendo un servizio quanto più possibile aderente alle esigenze dei propri iscritti.



Le prestazioni garantite da Uni.C.A. e i beneficiari

In base all'art. 7 dello Statuto, Uni.C.A. eroga prestazioni sanitarie, anche sotto forma di rimborso delle relative spese sostenute dai propri iscritti e relativi familiari, in regime di mutualità.

Le prestazioni possono essere erogate direttamente, o mediante ricorso a contratti con altri Enti, Società di servizi o di assicurazione. Uni.C.A. ha affiancato alle prestazioni erogate tramite polizze assicurative o contratti di servizio, ulteriori prestazioni rese direttamente, quali le iniziative di prevenzione o il finanziamento di spese sanitarie non coperte dalle polizze assicurative, previa specifica delibera del Consiglio di Amministrazione. Sotto questo profilo, la natura mutualistica e solidaristica di Uni.C.A. consente all'Associazione di intervenire, compatibilmente con le disponibilità finanziarie, per sostenere i propri assistiti con sostegni economici straordinari, in presenza di situazioni di particolare gravità del titolare o dei propri familiari inclusi in copertura.

Beneficiari delle prestazioni sono i dipendenti del Gruppo UniCredit, i pensionati, il personale già destinatario delle forme di coperture assistenziali presenti nel Gruppo cessati dal servizio con forme di incentivo all'esodo finalizzate al pensionamento, (c.d. esodati) ed i superstiti di dipendenti e pensionati.

Hanno facoltà di mantenere l'iscrizione anche gli ex dipendenti divenuti tali a seguito di cessione di ramo d'azienda a società esterne al Gruppo, in virtù delle previsioni contenute nei relativi accordi sindacali.

È consentito l'inserimento in copertura dei rispettivi familiari con il pagamento di un contributo per familiari non fiscalmente a carico oppure in base alla tipologia di congiunti.

» Gli iscritti: i dati al 31.12.2024 e i trend

ISCRITTI AD Uni.C.A.

104.825

TITOLARI

50.453

48% degli iscritti totali

FAMILIARI

54.372

52% degli iscritti totali

2024

53,4anni

età media dei titolari

ESODATI

5.907

titolari che hanno cessato il servizio
per accedere alle prestazioni del
**Fondo di solidarietà del settore
del credito**

PENSIONATI

9.655

19,1% dei titolari complessivi

DIPENDENTI

34.841

Al 31.12.2024 gli iscritti ad Uni.C.A. sono risultati **104.825**. Di questi, **50.453** sono titolari (48%) e **54.372** familiari (52% sul totale). I familiari inclusi in assistenza a pagamento sono stati 13.634 (il 25,1% del totale dei familiari).

La componente rappresentata dagli iscritti in quiescenza è risultata pari a **9.655** titolari (il 19,1% dei Titolari complessivi) e 6.811 familiari, di cui 4.351 inclusi in assistenza a pagamento (il 31,9% del totale dei familiari a pagamento).

La componente degli esodati, ossia coloro che hanno cessato il servizio per accedere alle prestazioni del Fondo di solidarietà del settore del credito, è risultata pari a 5.907 titolari contro i 6.258 del 2023 (-5,6% di variazione). La percentuale degli esodati iscritti sul numero complessivo dei titolari è risultata in diminuzione, passando dal 14,7% nel 2023 al 11,7% nel 2024: tale riduzione è da correlarsi sia al raggiungimento dei requisiti previsti per la percezione della pensione INPS da parte di esodati cessati nel

corso del quinquennio precedente, sia alla mancata adesione da parte di alcuni neo pensionati.

A livello complessivo, rispetto al 2023 si rileva una diminuzione dei titolari iscritti del 4% rispetto allo scorso anno: in particolare, è stata registrata una riduzione del 3,3% per il personale dipendente, legata principalmente alla progressiva diminuzione degli organici di UniCredit, ed una diminuzione del 5,5% per i titolari in quiescenza.

Complessivamente, considerando anche i familiari iscritti, nel 2024 si è registrata una riduzione degli iscritti del 6,1%.

L'età media dei titolari rilevata a fine 2024 è di **53,4** anni, per la prima volta dopo diversi anni in leggera diminuzione. Tale fenomeno è verosimilmente da ricondurre alle politiche di assunzione di UniCredit che hanno visto l'ingresso in azienda di personale giovane e, contestualmente, alla riduzione delle adesioni da parte di neo pensionati.



Nelle tabelle che seguono (dalla 1 alla 11) sono evidenziati i dati relativi alle adesioni al 31 dicembre 2024 e l'evoluzione degli iscritti negli anni.

Tabelle 1 - Dati di adesione al 31.12.2024

Tabella 1a – Numero degli aderenti per categoria di iscritti

TITOLARE	Numero	Differenza % rispetto al 2023
PERSONALE DIPENDENTE (1)	34.075	-3,0%
Non dirigenti	33.423	-2,9%
Dirigenti	652	-7,4%
PERSONALE ESODATO (1)	5.867	-5,5%
Non dirigenti	5.699	-5,8%
Dirigenti	168	6,3%
PERSONALE AZIENDE ESTERNE (2)	856	-16,0%
Non dirigenti	834	-15,9%
Dirigenti	22	-18,5%
PERSONALE IN QUIESCENZA	9.655	-5,5%
TOTALE GENERALE	50.453	-4,0%

(1) Appartenente al gruppo UniCredit.

(2) Il numero degli iscritti delle società esterne comprende anche 40 esodati. A partire dal 01 gennaio 2024 non è più iscritta ad Uni.C.A. la società Custodia Valore con 119 titolari.

Tabella 1b – Dati adesione alle coperture di base garantite da polizza assicurativa

Descrizione polizza	TITOLARI		FAMILIARI				TOTALE ASSISTITI	GEOGRAFICA TOTALE ASSISTITI PER AREA			
			FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI A PAGAMENTO	TOTALE	% FAMILIARI RISPETTO AL TOTALE		NORD	CENTRO	SUD E ISOLE	ESTERO (2)
PLUS dipendenti	39.956	97,9%	37.118	8.869	45.987	96,7%	85.943	50.157	19.063	16.691	32
EXTRA dipendenti	842	2,1%	1.160	414	1.574	3,3%	2.416	2.015	293	103	5
TOTALE DIPENDENTI <i>di cui 5.867 titolari esodati appartenenti al Gruppo UniCredit e 856 titolari appartenenti a società esterne al Gruppo, tra cui 40 esodati (1)</i>	40.798	-	38.278	9.283	47.561	-	88.359	52.172	19.356	16.794	37
BASE pensionati	2.863	29,7%	662	1.347	2.009	29,5%	4.872	2.337	1.638	897	
BASE + pensionati	5.429	56,2%	1.407	2.467	3.874	56,9%	9.303	4.895	3.438	970	
STANDARD pensionati	1.020	10,6%	311	430	741	10,9%	1.761	849	790	120	2
OVER 85 pensionati	343	3,6%	80	107	187	2,7%	530	221	290	19	
TOTALE PENSIONATI	9.655	-	2.460	4.351	6.811	-	16.466	8.302	6.156	2.006	2
TOTALE GENERALE	50.453	-	40.738	13.634	54.372	-	104.825	60.474	25.512	18.800	39

(1) Si tratta di società esterne al Gruppo UniCredit che, a seguito di cessione di rami di azienda, hanno mantenuto la possibilità di iscrizione ad Uni.C.A. a seguito di intese sindacali.

(2) Dipendenti espatriati con famiglia in Italia.

Tabella 1c – Dati adesione coperture dentarie

Descrizione copertura dentaria	TITOLARI		FAMILIARI INCLUSI
	Numero	di cui	
Copertura collettiva denti (1)	38.537		
<i>di cui:</i>			
<i>collettiva denti estesa</i>		4.776	10.952
<i>completa per dirigenti</i>		763	1.373
<i>completa estesa per dirigenti</i>		54	143
Totale	38.537	5.593	12.468
Polizza denti Treviso	86		

(1) Il dato si riferisce a dipendenti (anche di società esterne), esodati e dipendenti top manager. Per gli esodati, la copertura dentaria è facoltativa.



Tabella 2 – Dati di adesione al 31.12.2024 con suddivisione dei titolari per sesso e per tipologia di familiare

Descrizione polizza	TITOLARI			FAMILIARI A CARICO			Differenza % rispetto al 2023	FAMILIARI A PAGAMENTO			Differenza % rispetto al 2023	TOTALE	Differenza % totale rispetto al 2023	
	UOMINI	DONNE	TOTALE	CONIUGI	FIGLI	TOTALE		CONIUGI	FIGLI	ALTRI				TOTALE
PLUS dipendenti	20.917	19.039	39.956	2.694	34.424	37.118		6.357	1.613	899	8.869		85.943	
EXTRA dipendenti	689	153	842	146	1.014	1.160		302	76	36	414		2.416	
TOTALE DIPENDENTI <i>di cui 6.231 familiari di titolari esodati appartenenti al Gruppo UniCredit e 1.323 familiari di titolari appartenenti a società esterne al Gruppo, tra cui 49 relativi a esodati (1)</i>	21.606	19.192	40.798	2.840	35.438	38.278	-8,9%	6.659	1.689	935	9.283	-0,8%	88.359	-5,7%
BASE pensionati	1.793	1.070	2.863	355	307	662		1.116	219	12	1.347		4.872	
BASE + pensionati	3.183	2.246	5.429	793	614	1.407		2.128	307	32	2.467		9.303	
STANDARD pensionati	666	354	1.020	211	100	311		352	74	4	430		1.761	
OVER 85 pensionati	269	74	343	80		80		106		1	107		530	
TOTALE PENSIONATI	5.911	3.744	9.655	1.439	1.021	2.460	-18,2%	3.702	600	49	4.351	-8,2%	16.466	-8,3%
TOTALE GENERALE	27.517	22.936	50.453	4.279	36.459	40.738	-9,5%	10.361	2.289	984	13.634	-3,3%	104.825	-6,1%
% sul totale per categoria	54,5%	45,5%	100,0%	10,5%	89,5%	100,0%		76,0%	16,8%	7,2%	100,0%			

(1) Si tratta di società esterne al Gruppo UniCredit, che a seguito di cessione di rami di azienda, che hanno mantenuto la possibilità di iscrizione ad Uni.C.A. a seguito di intese sindacali.

Tabella 3 – Dati di adesione al 31.12.2024 suddivisi per classi di età

Descrizione polizza	NUMERO DI TITOLARI PER CLASSI DI ETÀ					TOTALE
	FINO A 30	DA 31 A 40	DA 41 A 50	DA 51 A 60	OVER 60	
PLUS dipendenti	3.375	4.054	11.396	16.276	4.855	39.956
EXTRA dipendenti	0	40	225	432	145	842
TOTALE DIPENDENTI	3.375	4.094	11.621	16.708	5.000	40.798
BASE pensionati	2	1	0	30	2.830	2.863
BASE + pensionati	0	0	1	45	5.383	5.429
STANDARD pensionati	0	1	0	9	1.011	1.020
OVER 85 pensionati	0	0	0	0	343	343
TOTALE PENSIONATI (1)	2	1	1	84	9.567	9.655
TOTALE GENERALE	3.377	4.095	11.622	16.792	14.567	50.453
% sul totale	6,7%	8,1%	23,0%	33,3%	28,9%	100%

(1) tutte le polizze sono riservate ad assistiti che non abbiano un'età superiore ad 85 anni, fatta eccezione per la specifica polizza Over 85 pensionati. Le polizze riservate ai pensionati possono riguardare titolari di pensioni di reversibilità, a prescindere dalla loro età anagrafica (che non può, comunque, superare gli 85 anni).

Tabella 4 – Dati di adesione al 31.12.2024 suddivisi per numero e fasce di età dei familiari fiscalmente a carico

Descrizione polizza	NUMERO FAMILIARI A CARICO PER CLASSI DI ETÀ'								TOTALE
	CONIUGI				FIGLI				
	FINO A 40	DA 41 A 50	OVER 50	TOTALE	FINO A 20	DA 21 A 30	OVER 30	TOTALE	
PLUS dipendenti	225	653	1.816	2.694	26.529	7.518	377	34.424	37.118
EXTRA dipendenti	23	39	84	146	798	211	5	1.014	1.160
TOTALE DIPENDENTI	248	692	1.900	2.840	27.327	7.729	382	35.438	38.278
BASE pensionati	1	3	351	355	55	170	82	307	662
BASE + pensionati	0	8	785	793	92	350	172	614	1.407
STANDARD pensionati	1	1	209	211	18	42	40	100	311
OVER 85 pensionati	0	0	80	80	0	0	0	0	80
TOTALE PENSIONATI	2	12	1.425	1.439	165	562	294	1.021	2.460
TOTALE GENERALE	250	704	3.325	4.279	27.492	8.291	676	36.459	40.738
% sul totale	5,8%	16,5%	77,7%	100,0%	75,4%	22,7%	1,9%	100,0%	

Tabella 5 – Dati di adesione al 31.12.2024 suddivisi per numero e fasce di età dei familiari a pagamento

Descrizione polizza	NUMERO FAMILIARI A PAGAMENTO PER CLASSI DI ETÀ'												TOTALE
	CONIUGI				FIGLI				ALTRI				
	FINO A 40	DA 41 A 50	OVER 50	TOTALE	FINO A 20	DA 21 A 30	OVER 30	TOTALE	FINO A 40	DA 41 A 50	OVER 50	TOTALE	
PLUS dipendenti	486	1.691	4.180	6.357	83	1.287	243	1.613	141	207	551	899	8.869
EXTRA dipendenti	12	71	219	302	1	65	10	76	7	4	25	36	414
TOTALE DIPENDENTI	498	1.762	4.399	6.659	84	1.352	253	1.689	148	211	576	935	9.283
BASE pensionati	0	1	1.115	1.116	0	70	149	219	0	0	12	12	1.347
BASE + pensionati	0	3	2.125	2.128	1	98	208	307	0	0	32	32	2.467
STANDARD pensionati	0	1	351	352	2	15	57	74	0	0	4	4	430
OVER 85 pensionati	0	0	106	106	0	0	0	0	0	0	1	1	107
TOTALE PENSIONATI	0	5	3.697	3.702	3	183	414	600	0	0	49	49	4.351
TOTALE GENERALE	498	1.767	8.096	10.361	87	1.535	667	2.289	148	211	625	984	13.634
% sul totale	4,8%	17,1%	78,1%	100,0%	3,8%	67,1%	29,1%	100,0%	15,0%	21,4%	63,5%	100,0%	

Tabella 6 – Dati di adesione al 31.12.2024 suddivisi per regione e per area geografica

TITOLARE	N. Assistiti	%
Abruzzo	724	0,7%
Basilicata	260	0,2%
Calabria	735	0,7%
Campania	4.523	4,3%
Emilia Romagna	10.582	10,1%
Friuli Venezia Giulia	2.060	2,0%
Lazio	19.113	18,2%
Liguria	1.644	1,6%
Lombardia	25.041	23,9%
Marche	1.350	1,3%
Molise	448	0,4%
Piemonte	9.879	9,4%
Puglia	2.948	2,8%
Sardegna	829	0,8%
Sicilia	9.057	8,6%
Toscana	2.855	2,7%
Trentino Alto Adige	872	0,8%
Umbria	1.470	1,4%
Valle d'Aosta	229	0,2%
Veneto	10.167	9,7%
Estero	39	0,0%
Totale complessivo	104.825	100,0%

Assistiti 2024: % distribuzione per area geografica

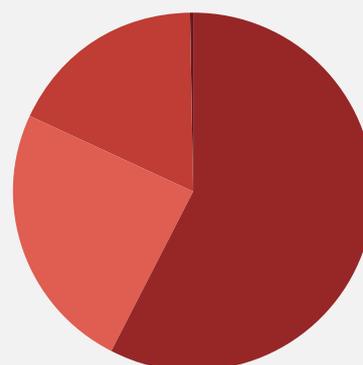
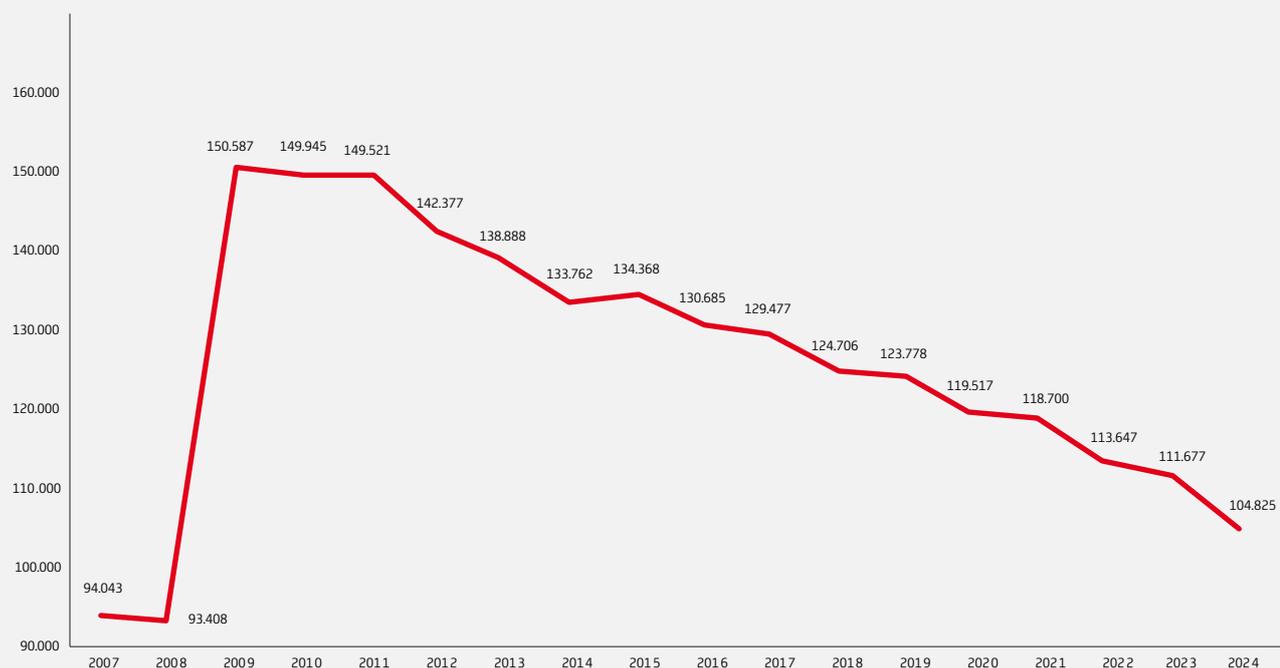


Tabella 7 – Evoluzione del numero di assistiti dal 2007 al 2024



Nota: il picco di assistiti rilevato nel 2009 è legato all'operazione di fusione tra gli ex Gruppi bancari Unicredit e Capitalia ed alla conseguente adesione dei dipendenti e pensionati di quest'ultima ad Uni.C.A.

Tabella 8 – Rapporto pensionati/dipendenti dal 2007 al 2024

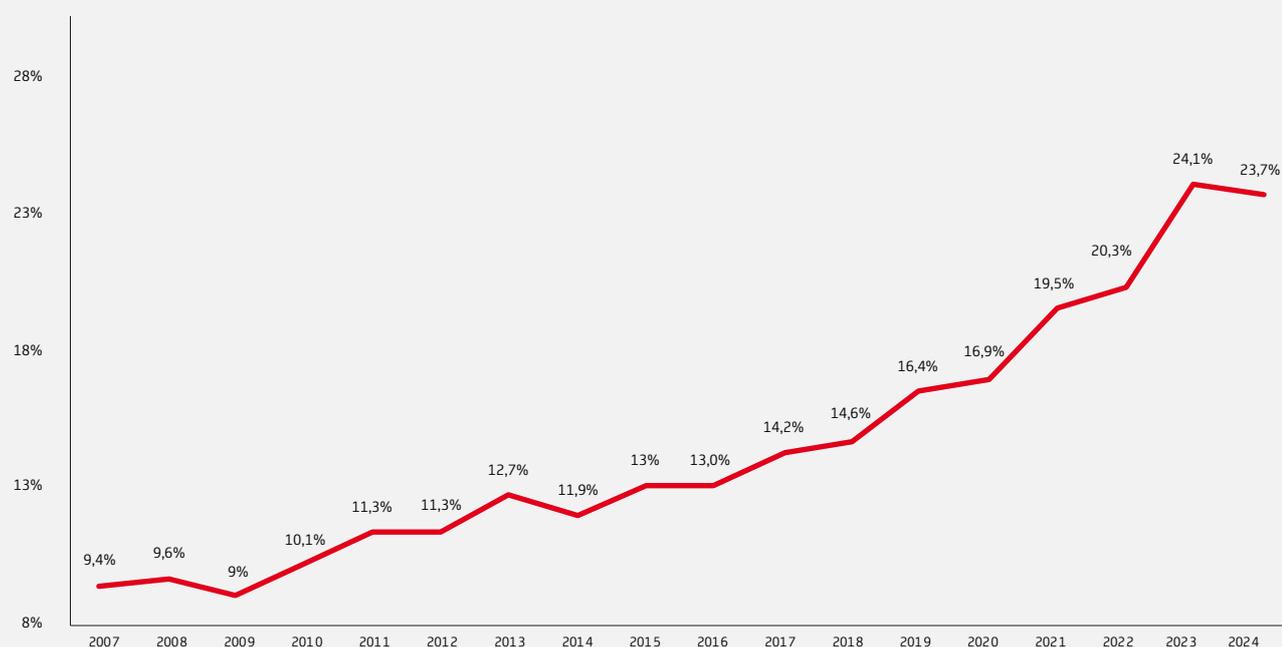


Tabella 9 – Trend età media dei titolari



La tabella evidenzia il trend leggermente decrescente dell'età media della popolazione iscritta, legato alle motivazioni già esposte per la tabella 8.

La tabella evidenzia il trend di crescita del rapporto percentuale tra il numero dei titolari pensionati e il numero dei titolari dipendenti. Il 2024 ha fatto registrare un leggero calo di detto rapporto che può trovare giustificazione nel turnover generazionale, con assunzione di personale giovane e cessazione di personale con età più avanzata, a cui non ha corrisposto un numero proporzionale di adesioni di neo pensionati.



Pur rilevando nel tempo una crescita degli iscritti in pensione, la composizione per tipologia di iscritti è rimasta percentualmente costante.

Tabella 10 – Evoluzione percentuale per macro-categorie di iscritti dal 2007 ad oggi

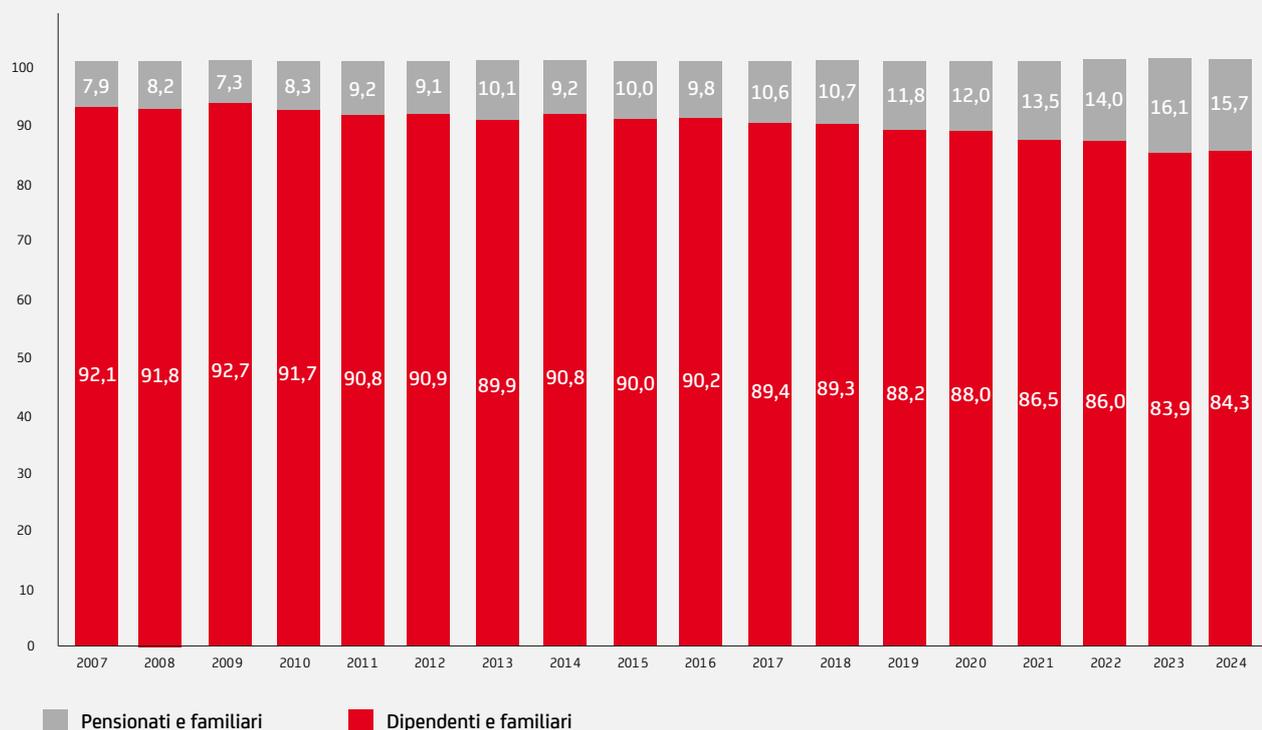
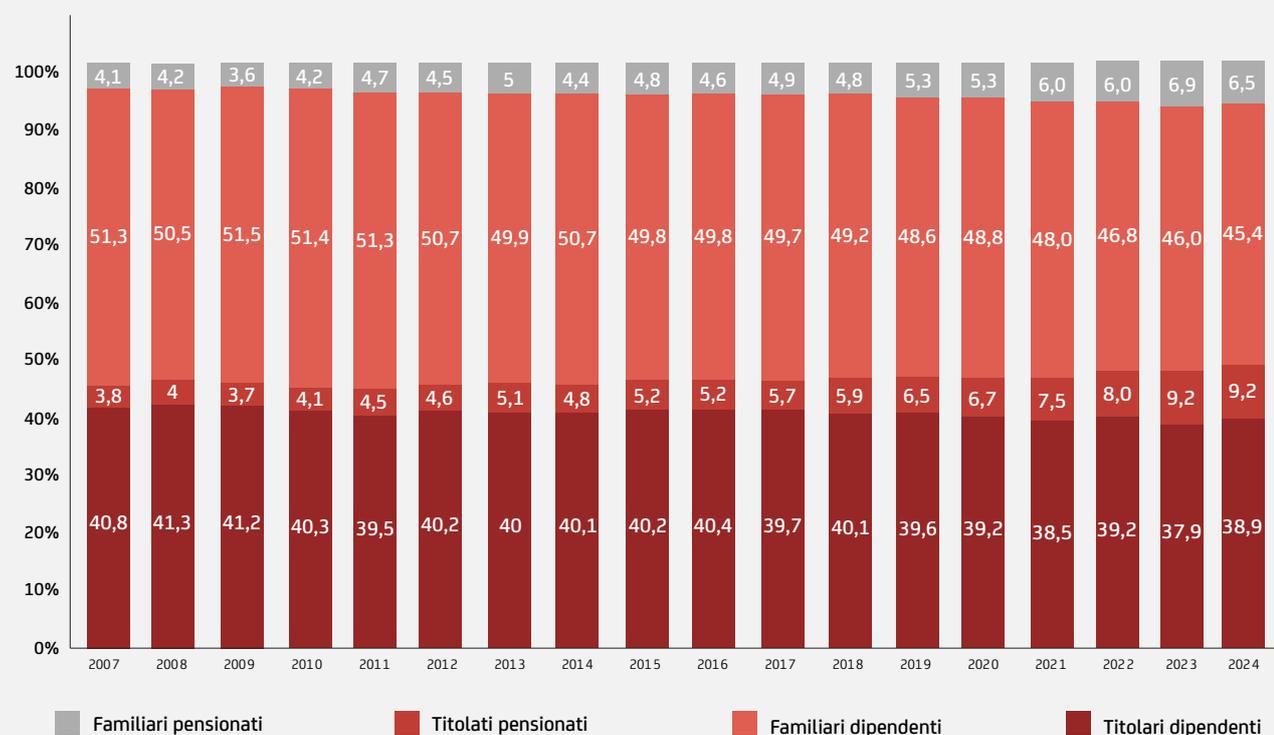


Tabella 11 – Evoluzione percentuale per tipologia di iscritti dal 2007 ad oggi



» Il servizio agli assistiti

I Piani sanitari 2024-2025.

Il 1° gennaio 2024 sono stati avviati i nuovi Piani sanitari validi per il biennio 2024-2025.

Le coperture sanitarie rinnovate sono state frutto di un intenso e complesso lavoro in cui si è dovuto tener conto di diversi fattori che hanno inciso negativamente sull'andamento del mercato assicurativo di riferimento, tra i quali le difficoltà del Servizio Sanitario Pubblico, la crescita dei costi sanitari, il progressivo invecchiamento della popolazione e la conseguente necessità di aumento delle cure.

Anche grazie ad un aumento dell'investimento sulla salute condiviso dalle Parti sociali di UniCredit è stato possibile continuare a garantire un elevato sistema di coperture sanitarie ed odontoiatriche, prevedendo sia interventi di miglioramento, sia aggiustamenti mirati, questi ultimi in un'ottica di sostenibilità nel tempo delle coperture.



Tra le novità introdotte, vanno sottolineate:



la semplificazione della struttura dei piani, ossia la puntuale assegnazione di una polizza sanitaria dedicata (copertura di base non odontoiatrica) per gli iscritti in servizio.

PLUS
rivolta a tutte le Aree Professionali
ed ai Quadri Direttivi

EXTRA
rivolta
ai Dirigenti



Analogamente, è stato previsto il riassetto delle coperture dentarie con attribuzione in via esclusiva ai due target di iscritti in servizio:

TARGET	COPERTURE	CONDIZIONI
Aree Professionali e Quadri Direttivi	COLLETTIVA DENTI	Solo per il dipendente
	COLLETTIVA DENTI ESTESA	Facoltativa: estensione al nucleo familiare
Dirigenti	COMPLETA	Dipendenti + Familiari fiscalmente a carico
	COMPLETA ESTESA	Facoltativa: estensione al nucleo familiare non fiscalmente a carico

il rafforzamento delle coperture dentarie, attraverso l'innalzamento dei massimali di spesa annui delle coperture e l'aumento dei rimborsi per ortognatodonzia (per il personale non dirigente);



la razionalizzazione delle polizze dedicate ai pensionati, attraverso la riduzione del loro numero e l'offerta dei quattro Piani sanitari maggiormente richiesti, di cui uno dedicato agli over ottantacinquenni:

- > Base, Base +, Standard;
- > Over85

Generali S.p.a. è stato individuato quale nuovo partner assicurativo per le coperture sanitarie di base il quale, per la gestione del servizio, si avvale del provider di riferimento Welion. Per le coperture odontoiatriche, gestite in autoassicurazione, è stata confermata la partnership con il provider Aon Pronto Care per la gestione del servizio.

Sono state confermate, senza variazione dei costi rispetto al biennio 2022-2023, le coperture opzionali

integrative a pagamento, sottoscrivibili dal personale in servizio (esclusi esodati) e rimborsabili attraverso il Conto Welfare aziendale.

La campagna di adesione ai nuovi Piani sanitari 2024-2025, anticipata in modalità online nel mese di dicembre 2023, si è conclusa nei primi mesi del 2024 con la sottoscrizione in modalità cartacea da parte di coloro che non avevano utilizzato la procedura informatica.



Campagna Prevenzione 2024-2025

“

La Salute è il tuo futuro”

La prevenzione: la nuova Campagna

Nel mese di ottobre 2024, dedicato a livello internazionale alla prevenzione, la Cassa ha lanciato la nuova Campagna di prevenzione 2024-2025, fruibile fino al 30 giugno 2025.

Giunta alla sua **decima edizione**, la Campagna è stata rivisitata in chiave di novità e di maggior aderenza alle esigenze degli associati che, nel tempo, **grazie ai feedback ricevuti e con le 165.000 partecipazioni**, hanno fortemente sostenuto l'impegno della Cassa in tale ambito.

La nuova iniziativa, organizzata con la collaborazione del nuovo partner assicurativo Generali, ha rappresentato un tassello di rilievo nell'ampia offerta del Welfare UniCredit, quale ulteriore traguardo

raggiunto nel promuovere comportamenti improntati alla salute.

In coerenza con le linee guida della comunità scientifica sulla prevenzione, la nuova Campagna è stata pensata per rispondere più da vicino ai bisogni di salute delle persone, con check up funzionali a verificare i principali fattori di rischio e per la rilevazione precoce di patologie.

L'importanza della prevenzione è ormai chiaramente dimostrata dagli studi scientifici **come chiave fondamentale** per ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità e per favorire il mantenimento del benessere e della qualità della vita.

Queste le caratteristiche della nuova iniziativa:

Personalizzazione

attraverso una struttura modulare dei check-up che consente di scegliere il percorso di prevenzione in base alle proprie necessità, escludendo l'effettuazione di prestazioni già eseguite individualmente;

Flessibilità

attraverso la possibilità di effettuare i check-up previsti in tempi diversi ed in strutture sanitarie differenti (queste ultime individuate tra quelle a maggiore ricettività su tutto il territorio nazionale);

Miglioramento

attraverso l'ampliamento dei check-up per i colleghi più giovani e l'introduzione di esami dedicati agli over 40;

Semplificazione

attraverso un processo di prenotazione diretto presso la struttura sanitaria prescelta.

I check up sono stati suddivisi in tre moduli:



Il primo, rivolto a tutti i destinatari della Campagna, prevede esclusivamente esami di laboratorio, più ampi rispetto alla precedente edizione;



Il secondo prevede prestazioni sanitarie differenziate per genere ed è sempre rivolto a tutti;



Il terzo, destinato agli over 40, prevede la possibilità di scelta di uno tra 9 pacchetti di prestazioni specialistiche/ accertamenti diagnostici disponibili.

Nelle tabelle che seguono sono evidenziate le prime rilevazioni sulla fruizione dei check up offerti (dati al 31.12.2024).

In particolare, nelle tabelle 12, 13 e 14 risulta che l'incidenza maggiore di fruitori si riscontra nei dipendenti attivi di genere femminile over 40 anni. Il 45% (318 persone) dei fruitori under 40 anni ha richiesto più di una prestazione e analogo dato si riferisce al 68% (3.240 persone) dei fruitori over 40 anni.

Tabella 12 – **Fruitori al 31.12.2024 per genere e fascia di età**

	Attivi		Pensionati		Totale	
	Fruitori	Incidenza su teste totali	Fruitori	Incidenza su teste totali	Fruitori	Incidenza su teste totali
OVER 40	4.314	12,5%	450	4,5%	4.764	10,7%
F	2.128	13,1%	200	5,1%	2.328	11,6%
M	2.186	12,0%	250	4,1%	2.436	10,0%
UNDER 40	707	11,9%	-	-	707	11,09%
F	347	12,3%	-	-	347	12,3%
M	360	11,6%	-	-	360	11,6%
TOTALE	5.021	12,4%	450	4,5%	5.471	10,9%

Tabella 13 – **N. moduli fruiti al 31.12.2024 per fasce di età**

UNDER 40		OVER 40	
Totale Moduli	1.025	Totale Moduli	10.110
Persone con 1 modulo	389	Persone con 1 modulo	1.537
Persone con 2 moduli	318	Persone con 2 moduli	1.147
		Persone con 3 moduli	2.093

Tabella 14 – **Distribuzione check up fruiti al 31.12.2024 per tipologia**

Prev. Esami Ematici Top - C4224	4.679				
Prev. Cardiologica - C4212	2.021				
Prev. Senologica Completa - C4222	964				
Prev. Urologica - C4213	717				
Prev. Gastroenterologica - C4223	520				
Prev. Dermatologica - C4218	457				
Prev. Vascolare - C4216	395				
Prev. Senologica - Young Woman - C4220	381				
Prev. Ginecologica - C4221	345				
Prev. Osteoporosi - C4214	262				
Prev. Oftalmologica - C4214	246				
Prev. Otorinolaringoiatrica - C4215	99				
Prev. Mammella - C4219	49				

	Donne 5.192		Uomini 5.943	
	UNDER 40	OVER 40	UNDER 40	OVER 40
Fase 1	292	1.872	335	2.180
Fase 2	205	1.189	193	1.587
Fase 3	-	1.634	-	1.648
	497	4.695	528	5.415

11.135

Check-up autorizzati totali

Dai dati riportati nella tabella 15 si evidenzia che l'85,3% delle prestazioni (9.497) è concentrato in 6 regioni (le maggiori: Lombardia, Veneto e Lazio).

Tabella 15 – Distribuzione per Regione

Regione	Moduli in Strutture in Regione	% su totale Moduli
LOMBARDIA	3.385	30,4%
VENETO	1.602	14,4%
LAZIO	1.374	12,3%
PIEMONTE	1.100	9,9%
EMILIA ROMAGNA	1.023	9,2%
SICILIA	1.013	9,1%
CAMPANIA	397	3,6%
PUGLIA	255	2,3%
FRIULI VENEZIA GIULIA	207	1,9%
TOSCANA	205	1,8%
LIGURIA	142	1,3%
MARCHE	106	1%
TRENTINO ALTO ADIGE	84	0,8%
UMBRIA	83	0,7%
SARDEGNA	57	0,5%
CALABRIA	39	0,4%
MOLISE	28	0,3%
ABRUZZO	25	0,2%
VALLE D'AOSTA	6	0,1%
BASILICATA	4	0%
ESTERO	-	0%
TOTALE	11.135	

Le altre iniziative finanziate direttamente

Anche nel 2024 l'Associazione ha proceduto all'erogazione di contributi straordinari a fronte delle richieste avanzate da iscritti in situazione di salute particolarmente difficili; ciò in stretta aderenza alle previsioni della specifica Policy, approvata nel 2019 dal Consiglio di Amministrazione, avente ad oggetto l'erogazione di contributi finalizzati a sostenere le esigenze di carattere sanitario degli iscritti che non trovano copertura nell'ambito delle polizze assicurative stipulate.

Con la Policy si è voluto fornire un aiuto agli associati costretti ad affrontare costi legati a cure sanitarie, anche di lungo periodo, per patologie particolarmente gravi, costi che possono ingenerare difficoltà economiche nell'ambito del proprio nucleo familiare.

A valere sul 2024, sono stati complessivamente erogati 6.900 euro.

Il documento di Policy e il modulo di richiesta di sostegno sono a disposizione degli associati sul sito di Uni.C.A, alla pagina "Attività finanziate direttamente".

NEL 2024

Contributi straordinari erogati ad iscritti in situazioni di salute particolarmente difficili

La procedura di segnalazioni/reclami di Uni.C.A.

Nel primo trimestre del 2024 è stato aggiornato il processo di segnalazioni/reclami.

Per le prestazioni garantite da polizza assicurativa di Generali è stato introdotto un canale dedicato agli assicurati per ricevere assistenza o chiedere informazioni, ad esempio, sulle condizioni contrattuali, sulle motivazioni di respingimento di una richiesta di rimborso, sull'annullamento di una pratica diretta, sui criteri liquidativi o autorizzativi, sullo stato di una pratica, sull'accredito della somma liquidata. È stata predisposta anche una funzione di tracking all'interno della propria area riservata, dove è possibile visualizzare lo stato delle richieste inserite e inviare note al liquidatore per ricevere informazioni sulla singola pratica.

Per eventuali reclami assicurativi, è previsto un apposito form presente sul sito web di Generali.

Tale impostazione è aderente a quanto previsto dalla normativa IVASS cui è soggetta l'Assicurazione in materia di reclami.

Nessuna variazione del processo, invece, per tutte le altre prestazioni non garantite da polizza assicurativa (es. cure dentarie gestite dal provider Aon Pronto Care) per le quali, quindi, è stata confermata la procedura di reclamo tramite canale interno di Uni.C.A..

Per quanto riguarda i sinistri per prestazioni garantite da polizza assicurativa gestita da **Generali**:

- > la Compagnia ha gestito **308** reclami assicurativi;
- > inoltre ha gestito **379** segnalazioni non classificabili come reclami assicurativi, ma come richieste di informazioni relative a pratiche autorizzate in forma diretta o liquidate in forma indiretta;
- > infine ha poi gestito **4.590** richieste di informazioni pervenute tramite Area Riservata Uni.C.A. sul portale Generali.

Per quanto riguarda i sinistri gestiti dal provider **Aon Pronto Care**:

- > i reclami di primo livello processati sono stati **225**, di cui 205 – circa 91% – relativi a richieste di chiarimenti;
- > in secondo livello, i reclami inviati ad Uni.C.A. sono stati **4**, di cui 3 risolti positivamente e gestiti con ottimi tempi di evasione.



Relazione sulla gestione

Incidenza dei reclami gestiti da **Generali**

Incidenza reclami al 31/12

Contact		Liquidazioni	
Reclami	34	Reclami	274
Chiamate Ricevute	262.398	Richieste Pervenute	426.781
Incidenza	0,01%	Incidenza	0,06%

Tabella 16 – Reclami di secondo livello gestiti da Uni.C.A.

	PRONTO-CARE	RIFERIBILE AL RAPPORTO ASSOCIATIVO	TOTALI	% SU TOTALE
RECLAMI FORMALI	3		3	75%
RECLAMI NON FORMALI	1		1	25%
TOTALE RECLAMI			4	100%
RECLAMI EVASI	4		4	100%
RECLAMI IN CORSO				0%
TOTALE RECLAMI			4	100%
ESITO POSITIVO	3		3	75%
ESITO NEGATIVO	1		1	25%
INTERLOCUTORIA				0%
FORNITI CHIARIMENTI RICHIESTI				0%
TOTALE ESITO			4	100%
ENTRO 10 GG	3		3	75%
TRA 11 E 20 GG	1		1	25%
TRA 21 E 30 GG				0%
TRA 31 E 40 GG				0%
OLTRE 40 GG				0%
TOTALE TEMPI EVASIONE			4	100%
ADESIONE				0%
AGGIORNAMENTO CONTATTI PERSONALI				0%
AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONE				0%
LIQUIDAZIONE	4		4	100%
PARERE PREVENTIVO				0%
PORTALE WEB				0%
PREVENZIONE				0%
VARIE				0%
TOTALE CATEGORIA RECLAMO			4	100%

Tabella 17 – Focus sui reclami

Tabella 17a – Suddivisione dei reclami per esito

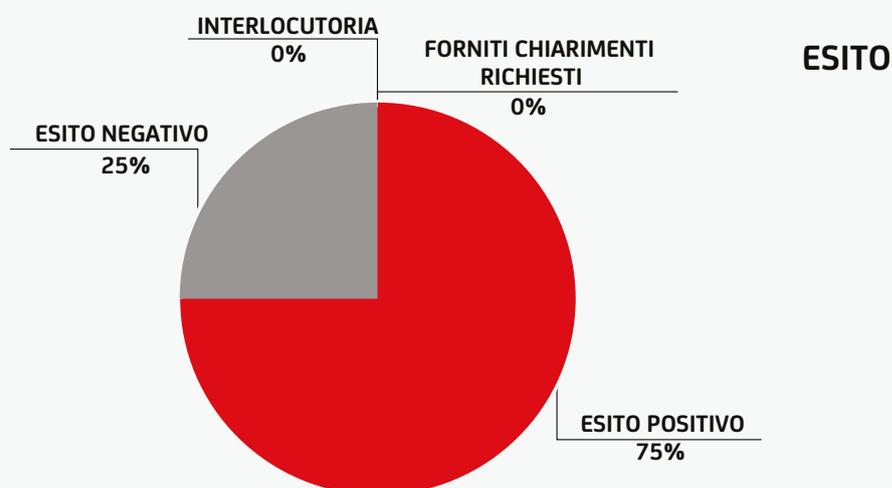
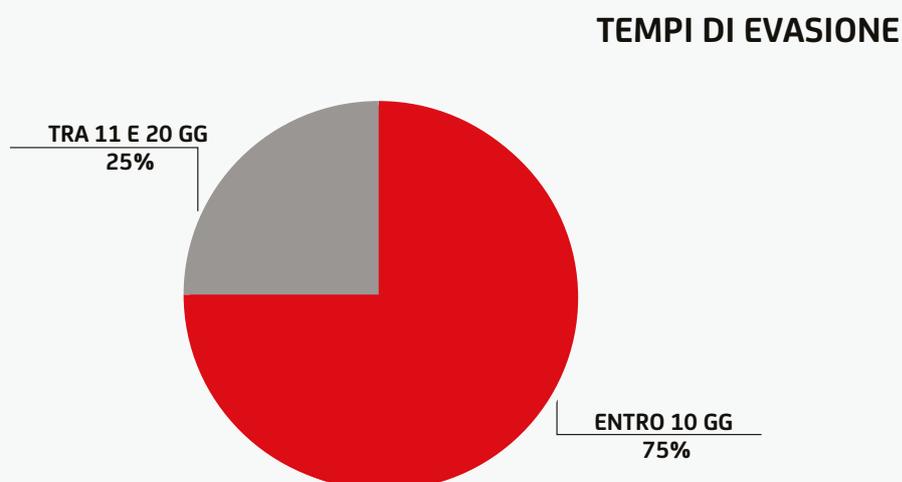


Tabella 17b – Suddivisione dei reclami per tempi di evasione



Infine, per dare maggiore supporto agli assistiti stante il rinnovo dei Piani sanitari ed il cambio dei partners commerciali, la Direzione ha gestito direttamente **275** segnalazioni.

La procedura di segnalazioni/reclami illustrata si è confermata un ottimo strumento di monitoraggio del servizio agli assistiti, consentendo di intercettare e gestire tempestivamente eventuali anomalie nel servizio e nella gestione delle coperture da parte dei fornitori.

» Le attività di controllo della correttezza dei dati contenuti nel sistema anagrafico.

Lo scopo di questa attività, ormai consolidata nel tempo, è quello di garantire la correttezza formale e sostanziale delle informazioni contenute nell'anagrafe della Cassa, ossia la regolarità di iscrizione dei soli aventi diritto, nonché il rispetto delle condizioni statutarie e contrattuali di adesione.

Negli anni, le attività di verifica si sono rivelate prezioso strumento, anche di monitoraggio, per la correttezza dell'anagrafe con conseguenti effetti anche sul rapporto tecnico delle coperture: infatti, in base alle modifiche apportate per la regolarizzazione di familiari inclusi, nel 2019 (ultimo anno di verifiche massive e generalizzate) è stato stimato un miglioramento del rapporto tecnico di quasi 5 punti percentuali.

Nel corso del 2024 il Consiglio di Amministrazione ha adottato un provvedimento straordinario di riammissione di familiari che, in anni passati, erano stati esclusi dalla Cassa per irregolarità formali e che, stante il tempo trascorso, avevano scontato la penalizzazione prevista da policy.

Sono proseguite, poi, attività di controllo a campione in base alle quali, nei casi di disallineamento rispetto alle previsioni regolamentari e di polizza, sono state effettuate le relative regolarizzazioni.

» I rapporti tecnici (Loss ratio)

Le coperture sanitarie di base (polizze assicurative)

Con riferimento alle coperture sanitarie di base non odontoiatriche garantite da polizze assicurative, i cosiddetti rapporti S/P o rapporti tecnici (Loss Ratio) registrati negli anni, ossia l'incidenza percentuale dei sinistri pagati sui premi (dedotte le tasse) riconosciuti alla Compagnia di assicurazione nell'anno di competenza, presentano tendenzialmente un andamento sfavorevole.

La media aritmetica relativa al periodo 2007-2024 si attesta sul risultato di **102,6%**

Soprattutto negli ultimi anni, ad eccezione dell'anno 2020 caratterizzato dal lockdown per via dell'emergenza pandemica, l'andamento negativo del rapporto S/P (sinistri/premi) è da attribuire all'aumento dei costi sanitari (la cosiddetta "inflazione medica") ed alla necessità, da parte degli iscritti, di ricorrere maggiormente alle coperture private a seguito delle difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale e delle lunghe liste di attesa. Non va dimenticata, peraltro, la necessità di maggiori cure quale effetto del periodo di Covid durante il quale non è stato possibile accedere regolarmente alle strutture sanitarie, con conseguente aggravamento di situazioni patologiche o con l'insorgenza di patologie curabili qualora fossero stati possibili accertamenti preventivi.

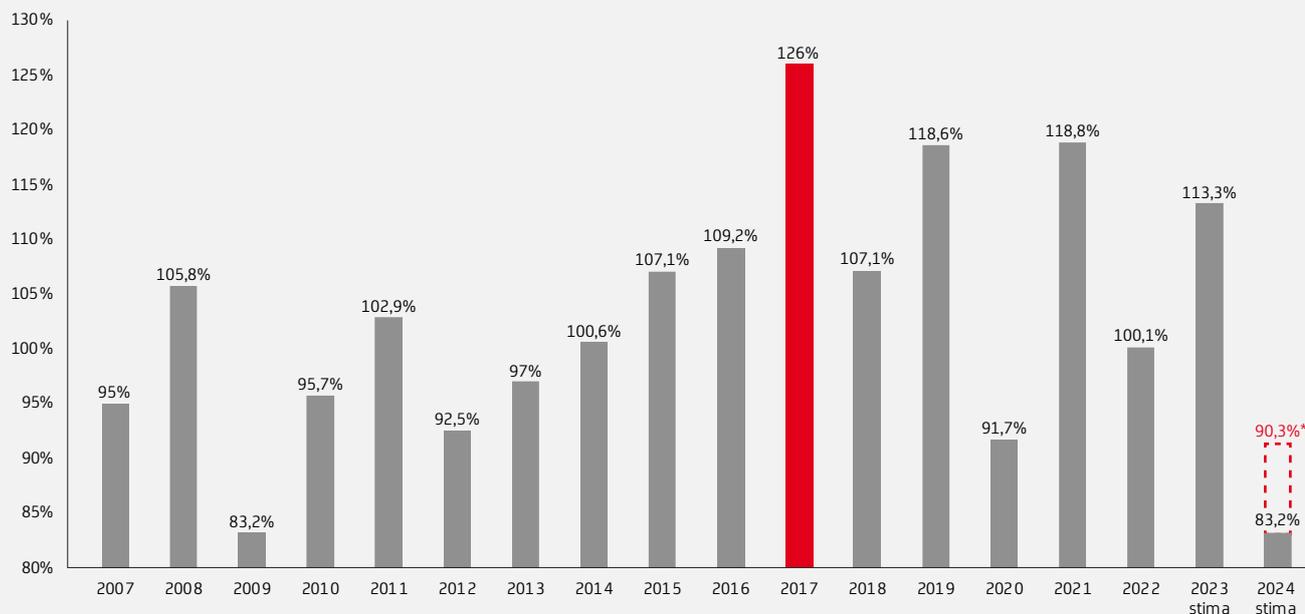
Rispetto agli anni passati, il dato di Loss ratio stimato per il 2024 (si rammenta che la misura definitiva del rapporto tecnico si avrà al termine dei due anni di prescrizione previsti per i rimborsi sanitari assicurativi), appare in controtendenza, attestandosi al 90,3% quale valore di chiusura dell'anno.

Tale risultato – seppur ancora stimato come sopra evidenziato – è da attribuirsi ad un combinato disposto di fattori sui quali si è basato il rinnovo dei Piani sanitari: da un lato, l'adeguamento dei costi assicurativi supportato dal maggior contributo previsto dalle intese negoziali aziendali e, dall'altro, da alcuni interventi tecnici apportati alle coperture assicurate che, seppur limitati, hanno prodotto dei correttivi in ambiti di spesa particolarmente elevati (es. adeguamento delle franchigie su talune prestazioni; eliminazione di garanzie poco appropriate rispetto alle effettive esigenze sanitarie), garantendo così maggior equilibrio tra costi (premi pagati) e benefici (prestazioni rimborsate).

Relazione sulla gestione

Nelle tabelle che seguono sono evidenziati i dati relativi ai rapporti sinistri/premi negli anni, con focus sulle categorie dipendenti e pensionati e con aggregazione a livello territoriale e per fascia di età.

Tabella 18 – Evoluzione del rapporto tecnico
Rapporto sinistri pagati/premi riconosciuti alle Compagnie



*Il rapporto tecnico stimato del 2024 di 83,2% è relativo al solo liquidato nell'anno; considerando più correttamente anche i cosiddetti sinistri tardivi, la stima di chiusura si attesta al 90,3%.

Tabella 19 – Evoluzione del rapporto tecnico per categorie di associati
Rapporto sinistri/premi: suddivisione tra dipendenti e pensionati

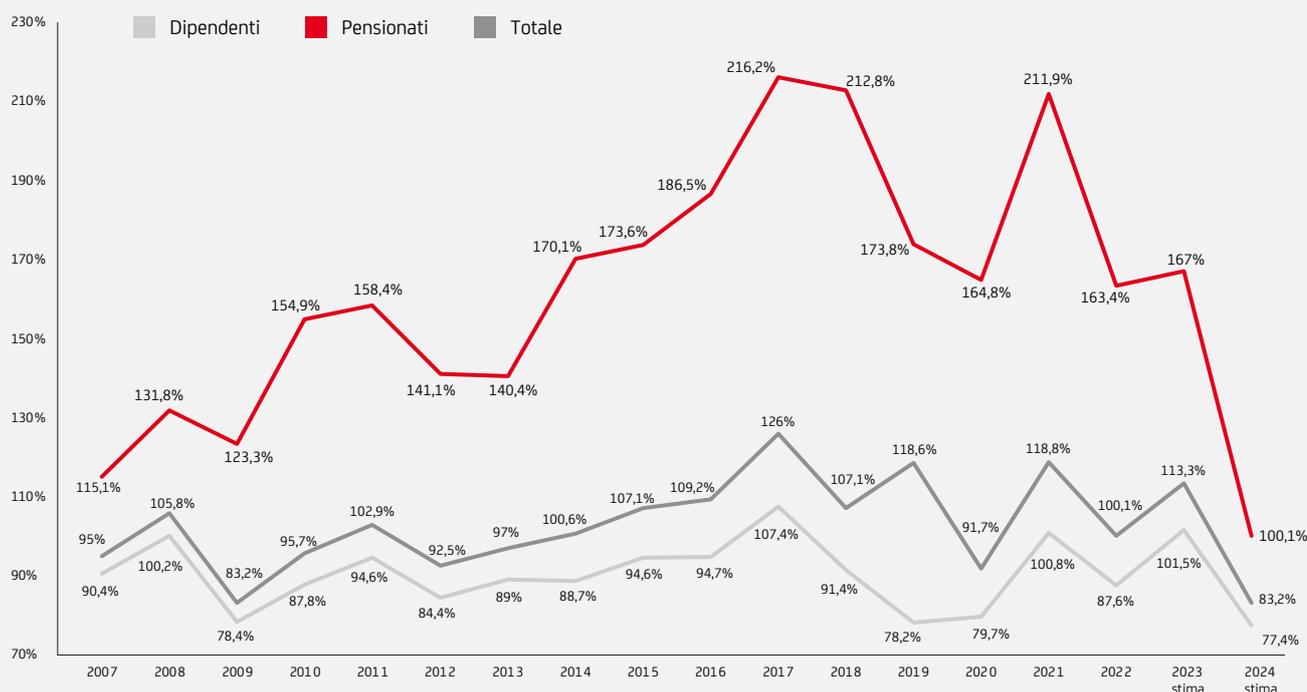
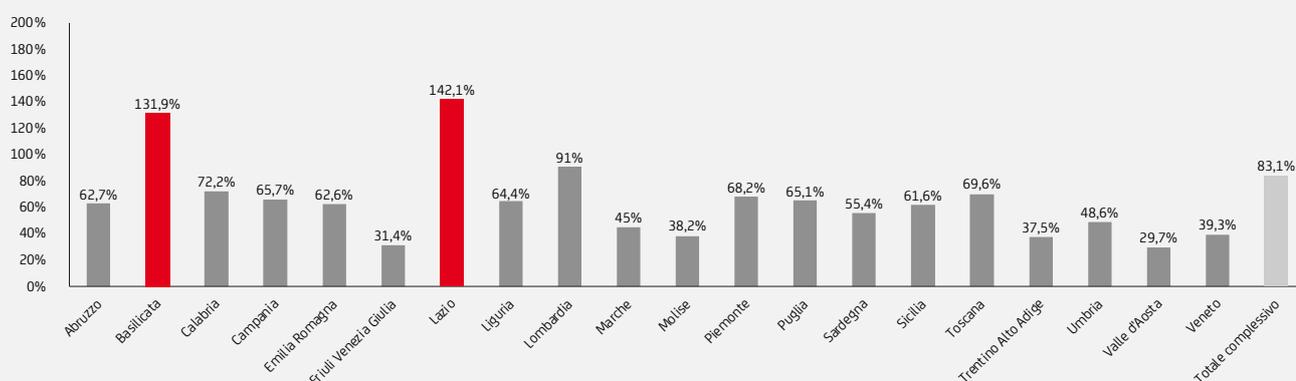


Tabella 20 – Rapporto tecnico territoriale
Stima del rapporto tecnico 2024 delle polizze per Regione



Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

In rosso sono evidenziate le regioni con i rapporti tecnici più elevati. L'andamento tecnico di maggiore squilibrio si registra ancora una volta nel Lazio in cui si rilevano tradizionalmente i più alti utilizzi di polizza per l'insistenza su detto territorio di un alto numero di iscritti e per l'elevata offerta di strutture sanitarie.

Anomalo, invece, il dato relativo alla Basilicata che trova giustificazione nel maggior consumo di prestazioni verosimilmente legato ad eventi sanitari individuali di natura grave che hanno richiesto cure prolungate, incidendo così negativamente sul dato mediamente basso riferito ad un numero limitato di iscritti locali.

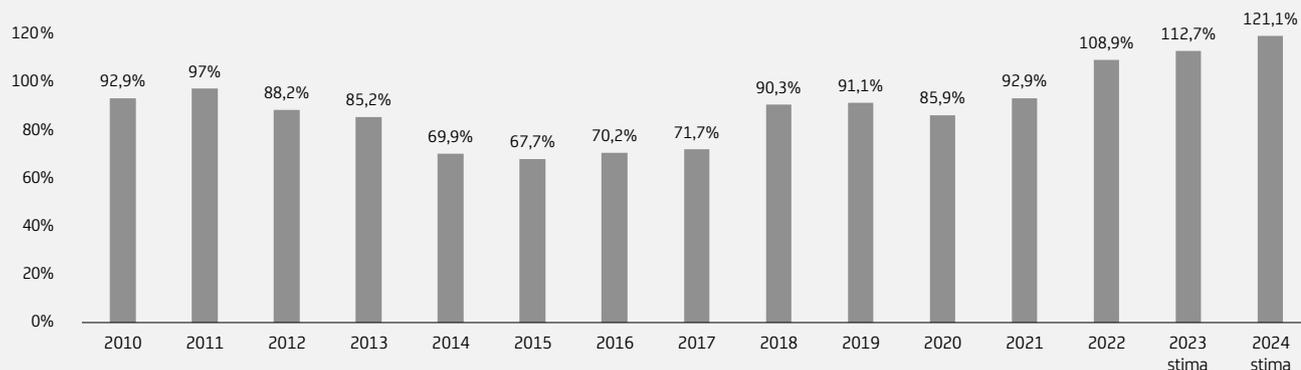
Le coperture dentarie

La stima del rapporto tecnico si conferma non positiva anche nel 2024. Tale stima di chiusura dell'anno, che tiene conto anche dei potenziali sinistri "tardivi", si attesta ad un livello superiore rispetto all'analogo dato del 2023.

Dalle analisi effettuate, l'incremento dell'andamento atteso risulterebbe dovuto a maggiori consumi registrati

sulla copertura Collettiva di base, quest'ultima più utilizzata dagli iscritti stante l'eliminazione della copertura Completa a pagamento a seguito della razionalizzazione dell'assetto complessivo delle coperture (cfr. paragrafo "Il servizio agli assistiti").

Tabella 21 – Evoluzione del rapporto tecnico delle coperture dentarie
Rapporto sinistri/contributi



» Le principali evidenze operative e gestionali.

Complessivamente, lato polizze assicurative, a fine del 2024 sono state consuntivate circa 331.000 prestazioni corrispondenti a liquidazioni per circa 53 milioni di euro. Sulla base delle stime effettuate dalla Compagnia di assicurazione che considera statisticamente anche una quota di sinistri "tardivi" (ossia prestazioni di competenza dell'anno trascorso di cui sarà avanzata richiesta di liquidazione in via successiva), complessivamente saranno attribuibili all'annualità circa 420.000 sinistri per un importo di liquidato di poco meno di 58 milioni di euro.

~ 420.000

prestazioni stimate per il 2024
lato polizze assicurative

~ €58 mln

importo di liquidazioni stimato
per il 2024

Per quanto riguarda invece le coperture odontoiatriche, nel 2024, sono stati complessivamente rimborsati circa 11 milioni di euro, di cui 8,3 milioni relativi allo stesso 2024 e 2,8 milioni relativi ad anni precedenti, per circa 41.510 sinistri totali. Operativamente dal 2017 il provider Aon Pronto Care ha provveduto a rimborsare direttamente gli assistiti (per i sinistri gestiti in forma indiretta) e i dentisti (per i sinistri gestiti in forma diretta), mentre l'Associazione si è occupata del pagamento dei rimborsi richiesti relativi agli anni precedenti.

~ 41.510

sinistri totali relativi
al 2024

~ €11 mln

complessivamente rimborsati
nel 2024

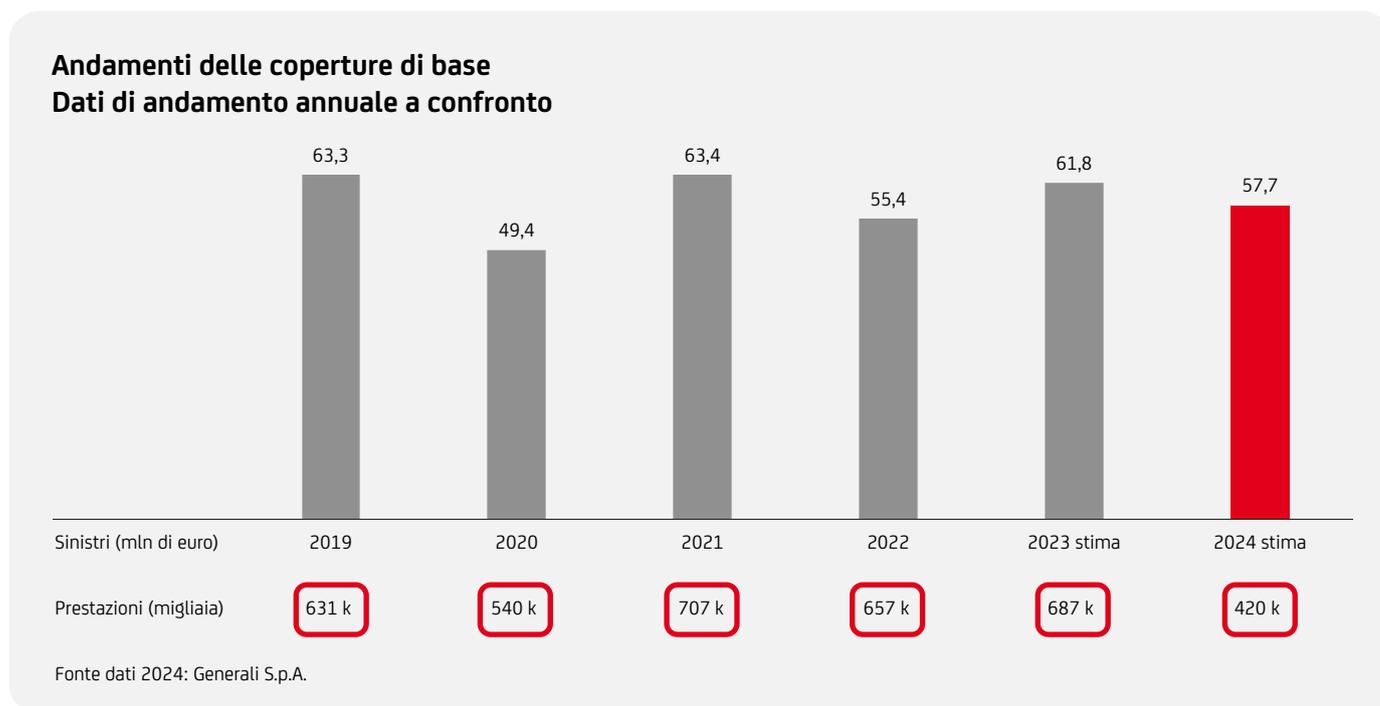
Tramite il processo SDD (Sepa Direct Debit) o tramite bonifico diretto, sono stati incassati i contributi relativi ai pensionati, per un totale di 17,9 milioni di euro riferiti a 9.649 posizioni.

A seguito del mancato pagamento dei contributi dovuti, si è provveduto ad escludere dall'Associazione i pensionati risultati morosi, in ottemperanza alle previsioni statutarie.

» Le prestazioni erogate: analisi e confronto con anni precedenti

Andamenti delle coperture di base

I consumi sanitari hanno fatto registrare, post periodo pandemico, un incremento via via crescente. Solo nel 2023, i livelli di consumo registrati sono tornati ad avvicinarsi ai valori del 2019, come evidenziato nella seguente tabella.



Nel 2024, primo anno di vigenza dei nuovi Piani sanitari biennali, si è registrata una lieve flessione del livello di spesa che, comunque si mantiene elevato: infatti, risultano liquidati circa 53 milioni di sinistri corrispondenti a circa 331.000 prestazioni: la differenza sia in termini di liquidato che in termini di numero di

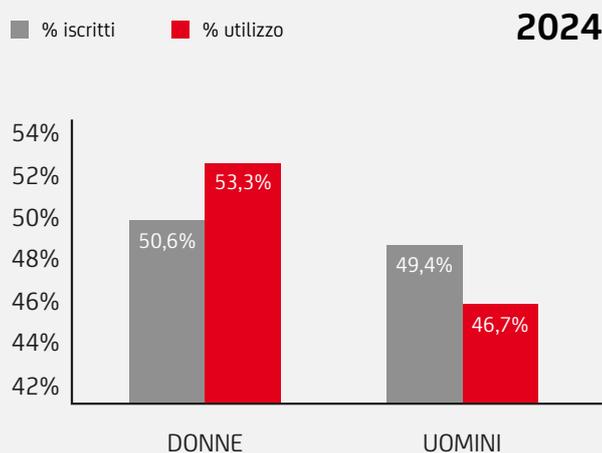
prestazioni rispetto ai dati indicati nella tabella è una stima da riferirsi a sinistri che la Compagnia ha valutato statisticamente come avvenuti, ma per i quali non è ancora pervenuta richiesta di indennizzo.

Relazione sulla gestione

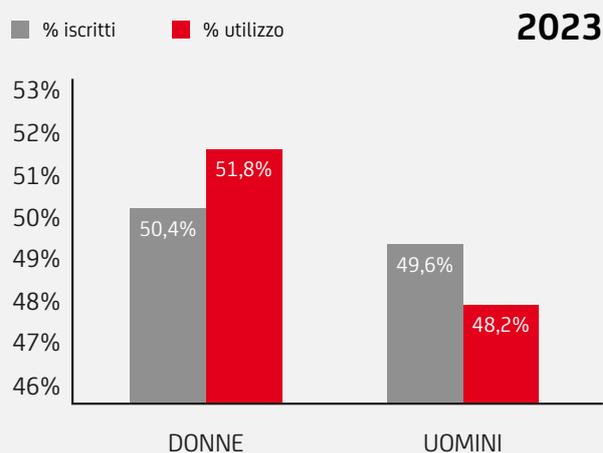
Il trend dei consumi rilevato nel 2024 può essere attribuito a diverse motivazioni, tra cui le principali sono: una diversa compartecipazione alla spesa da parte degli iscritti a seguito della rimodulazione delle franchigie per alcune garanzie di polizza (es. in ambito area ricovero); un utilizzo maggiormente appropriato delle prestazioni ed aderente alle effettive necessità sanitarie, anche a seguito della rivisitazione di garanzie “a consumo” non vincolate alla presentazione di prescrizione medica.

L'analisi dei dati di utilizzo delle prestazioni di polizza ha consentito di evidenziare gli aspetti di cui ai successivi grafici (da tabella 22 a tabella 32), anche attraverso il confronto con gli analoghi dati riferiti al 2023 (si rammenta che i dati 2024 e 2023 sono ancora stimati e non definitivi).

Tabella 22 – Distribuzione degli utilizzi di polizza per genere e tra titolari e nuclei assicurati

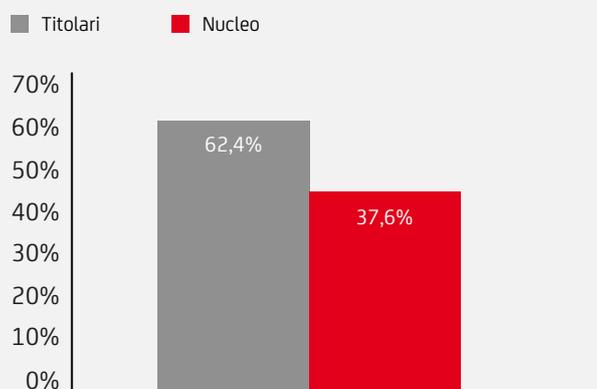


Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.



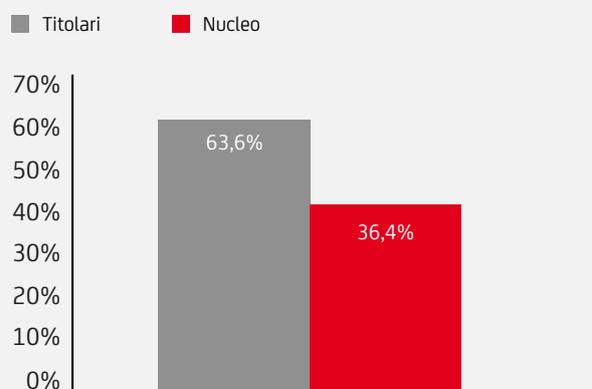
Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Titolari e nuclei 2024



Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

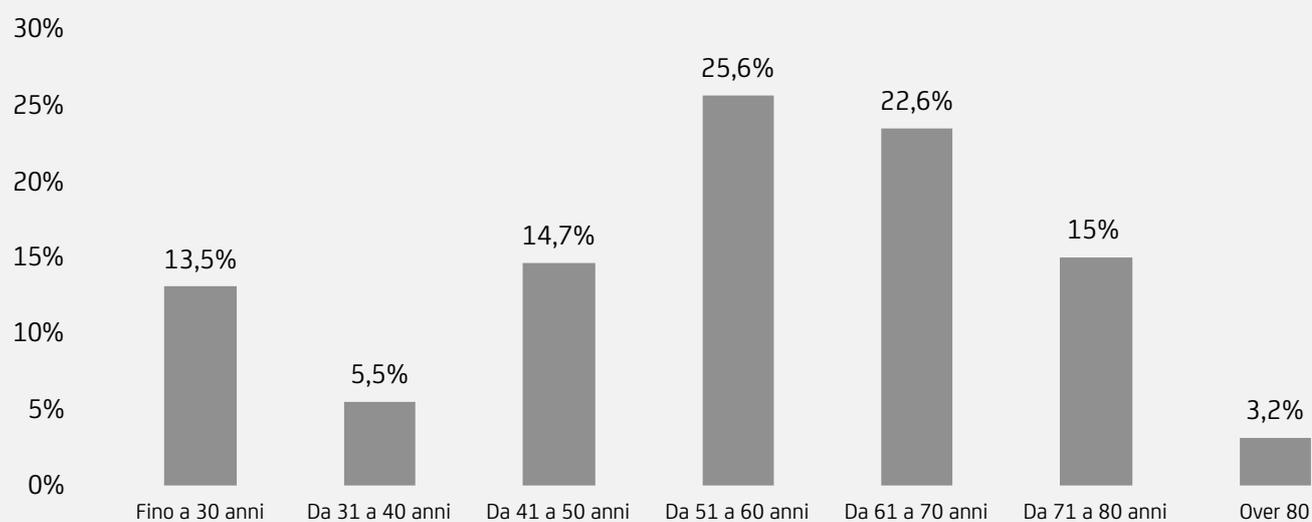
Titolari e nuclei 2023



Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

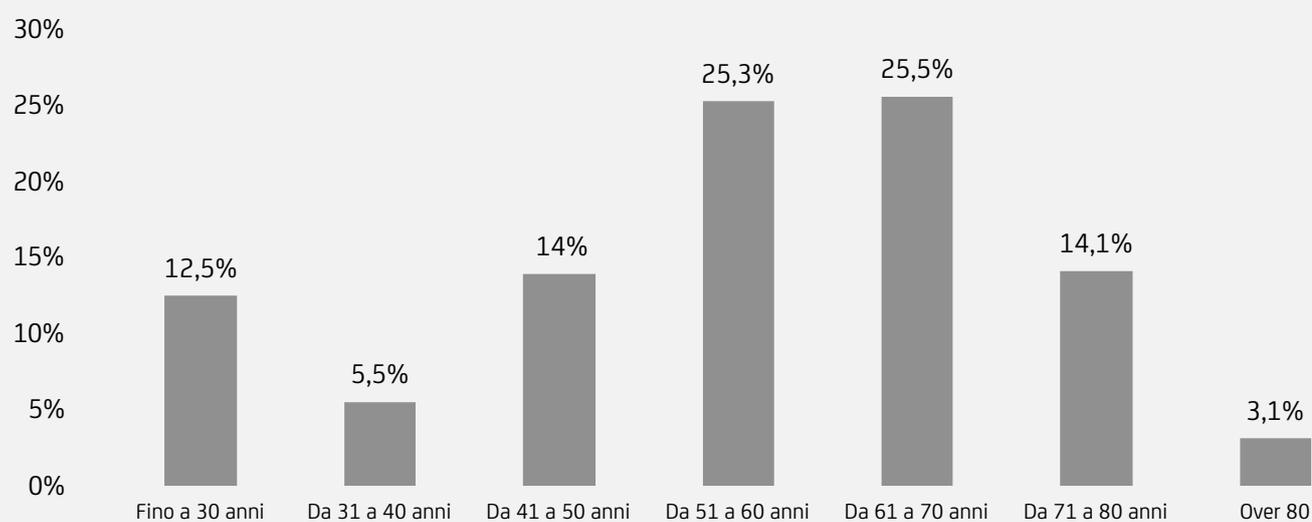
Tabelle 23 – Ripartizione degli utilizzi di polizza per fasce di età

2024



Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

2023

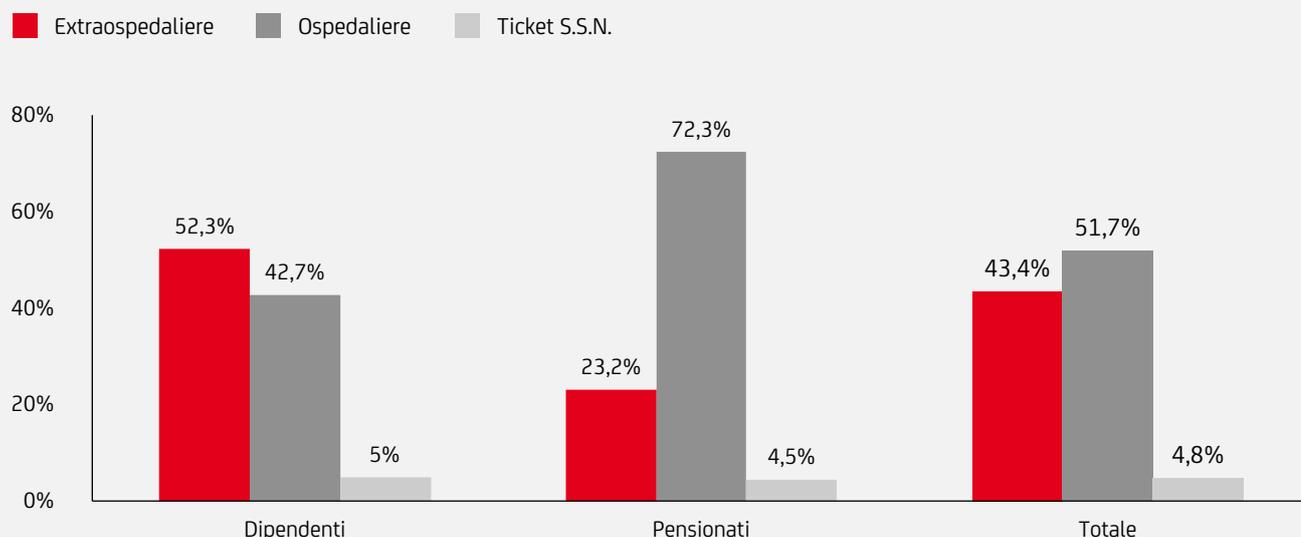


Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

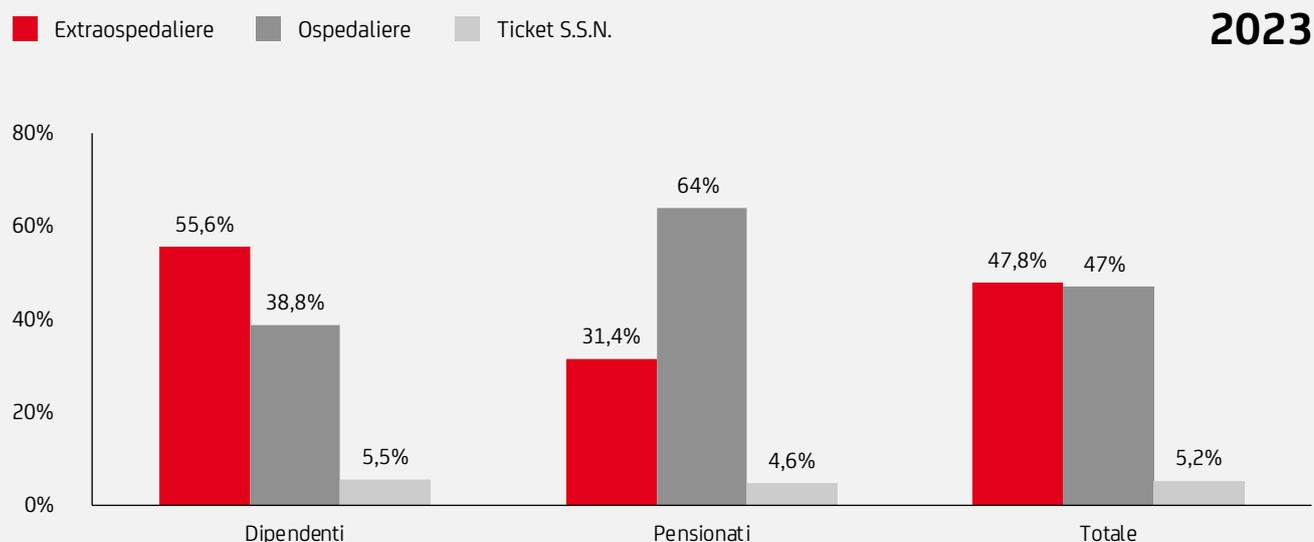
Dal confronto dei dati tra le due annualità emerge una sostanziale invarianza degli utilizzi distribuiti per fasce di età. Si osserva che al crescere dell'età aumenta l'utilizzo della polizza. Rimane un'eccezione il dato relativo alla fascia di età <30 anni che caratterizza tutte le polizze ed è legato all'effettuazione di visite relative a figli minori o, comunque, giovani iscritti.

Tabelle 24 – Distribuzione degli utilizzi per macro-aree di prestazioni

2024



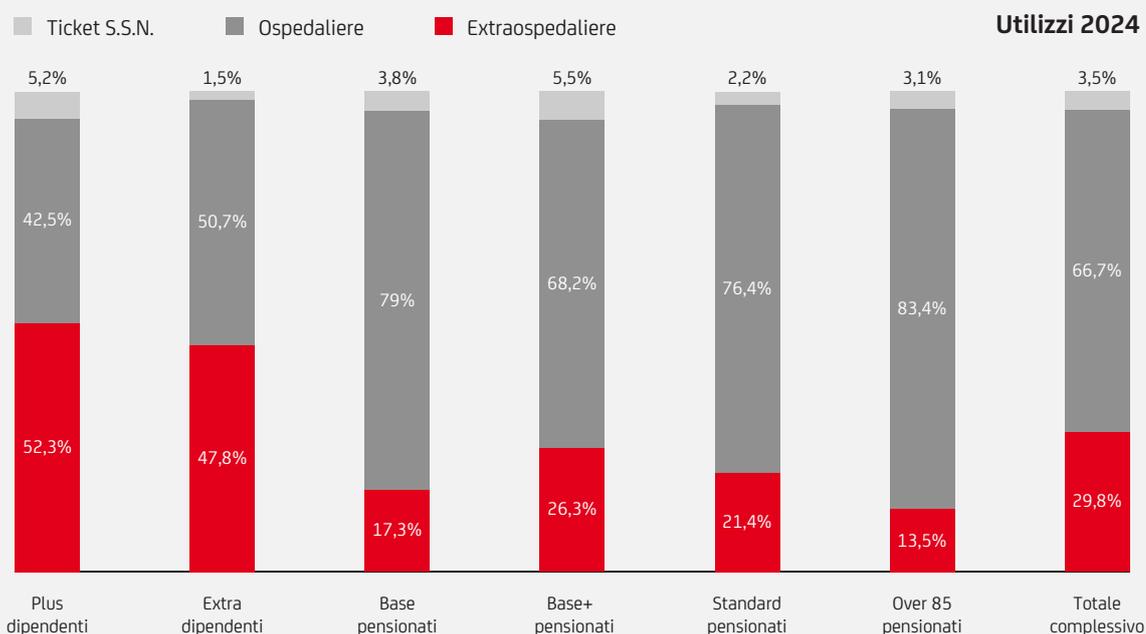
Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.



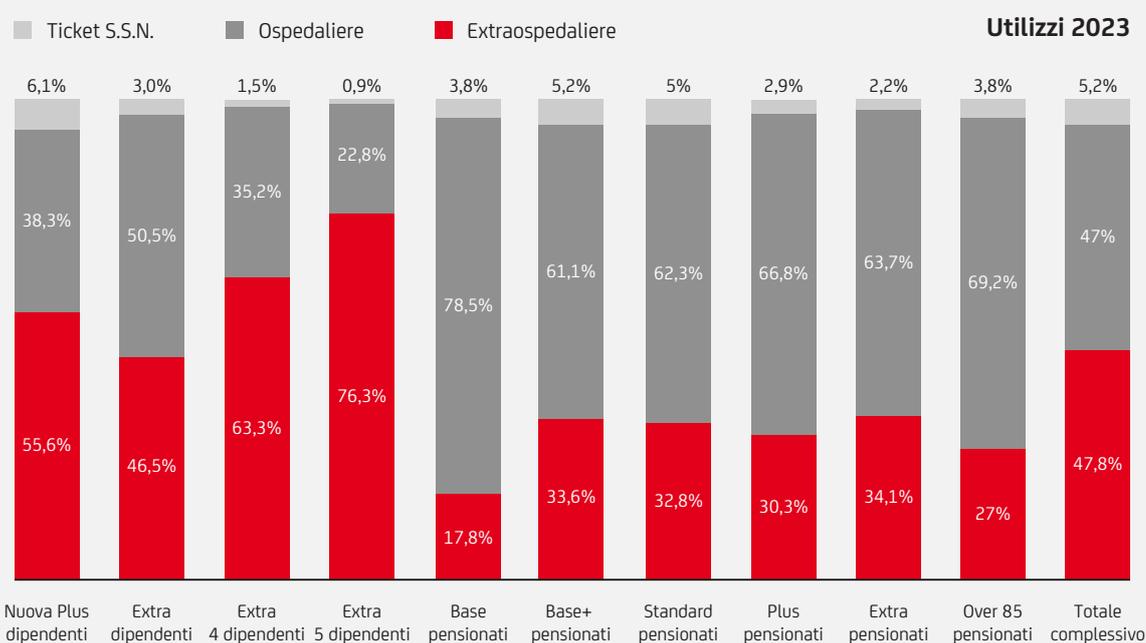
Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Si conferma la differente prevalenza di sinistri tra dipendenti e pensionati: nel primo caso, gli utilizzi sono maggiori nell'area extraospedaliera (visite specialistiche, accertamenti, cure e terapie, ecc....), mentre nel secondo caso l'area ospedaliera, ossia dei ricoveri, è quella a maggior assorbimento di sinistri. Tale dato trova conferma anche nella successiva suddivisione delle macro-prestazioni per tipo di polizza.

Tabella 25 – Utilizzi per macro aree di prestazioni e tipo di polizza di base



Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.



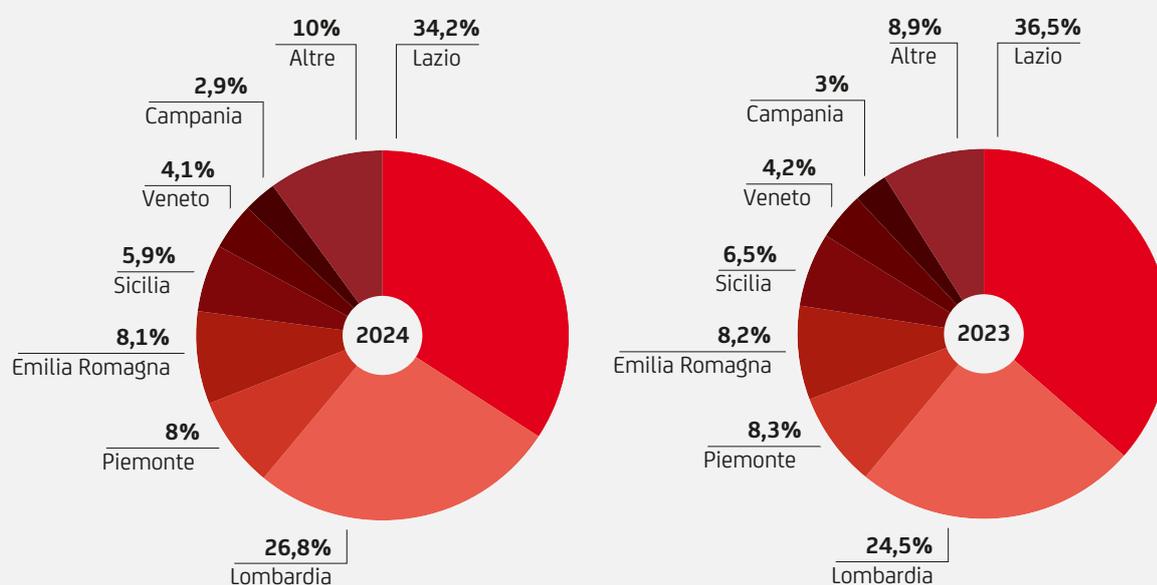
Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Il confronto dei dati tra le due annualità considerate risente della rivisitazione del complessivo impianto di coperture sanitarie di cui si è detto al paragrafo **Piani sanitari 2024-2025**. Nel 2024 le maggiori prestazioni si registrano nell'area ospedaliera che passa dal 47% del

2023 al 66,7% del 2024. Su tale incremento, hanno influito prevalentemente gli utilizzi relativi alle polizze dei pensionati: in particolare, per la polizza Over 85 si è passati dal 69,2% nel 2023 all'83,4% nel 2024 di prestazioni riferibili all'area ospedaliera.

Le tabelle che seguono forniscono dettagli, anche a livello di singola Regione, del liquidato relativo ai sinistri presentati.

Tabella 26 - Ripartizione del liquidato per Regione



Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Rispetto al 2023, si confermano i trend: il Lazio (area Centro) è l'area dove si concentra il maggior numero di sinistri pagati, seguito dalla Lombardia (area Nord Ovest), in buona sostanza le due Regioni in cui insistono il maggior numero degli iscritti. Con riferimento al Lazio, come già accennato nelle pagine

precedenti, si tratta di un fenomeno conosciuto dovuto ad una serie di fattori, quali l'elevata offerta di strutture sanitarie convenzionate e il ricorso a prestazioni prevalentemente in area ospedaliera derivanti dalla presenza di un numero maggiore di assistiti in quiescenza.

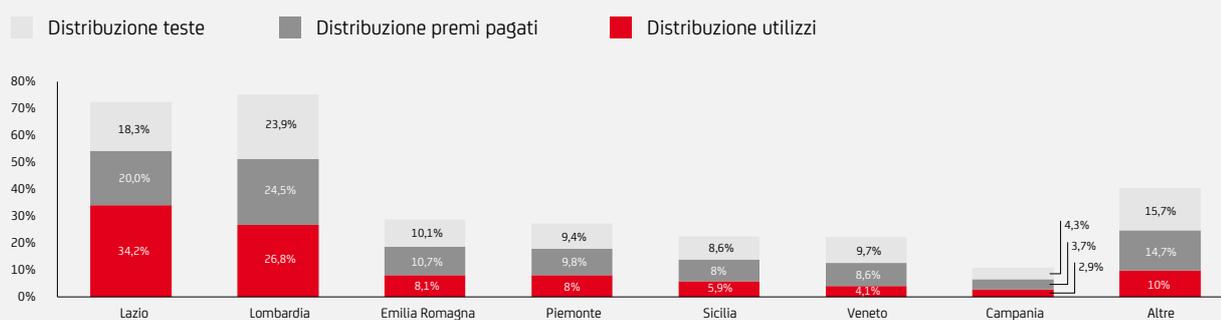
La distribuzione rappresentata nel 2024, pressoché analoga a quella del 2023, rapporta i dati di sinistri, premi e teste di ciascuna regione sui rispettivi totali di liquidato, di premi e di teste a livello complessivo nazionale.

Tabella 27 – Distribuzione del liquidato per Regione in valori assoluti e percentuale di utilizzatori

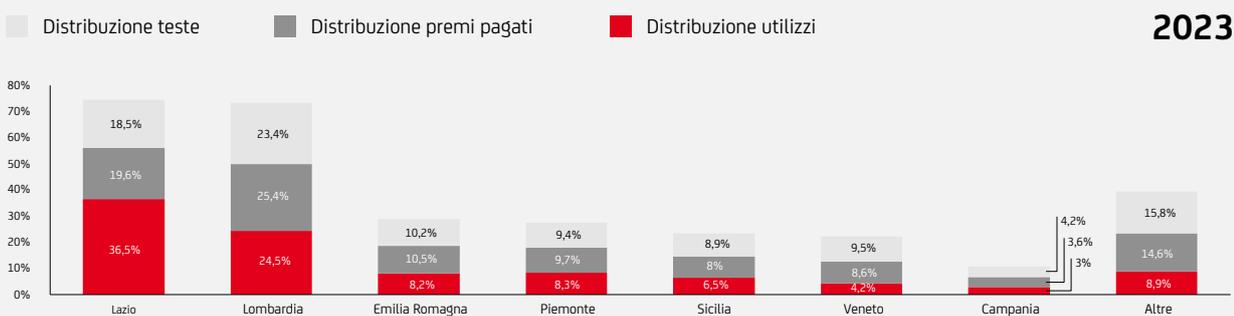
Regione	Sinistri liquidati in euro	Utilizzatori		Media utilizzi in euro
		Numero	% su totale assistiti	
Abruzzo	235.840	426	58,8%	554
Basilicata	188.130	144	55,4%	1.306
Calabria	271.673	417	56,7%	651
Campania	1.556.210	2.592	57,3%	600
Emilia Romagna	4.283.804	6.522	61,6%	657
Friuli Venezia Giulia	385.561	1.080	52,4%	357
Lazio	18.169.727	13.308	69,6%	1.365
Liguria	710.731	946	57,5%	751
Lombardia	14.214.815	15.839	63,3%	897
Marche	314.733	741	54,9%	425
Molise	93.727	250	55,8%	375
Piemonte	4.267.786	5.889	59,6%	725
Puglia	1.025.134	1.786	60,6%	574
Sardegna	263.988	455	54,9%	580
Sicilia	3.129.777	5.320	58,7%	588
Toscana	1.191.643	1.601	56,1%	744
Trentino Alto Adige	175.990	340	39,0%	518
Umbria	402.437	791	53,8%	509
Valle d'Aosta	39.838	101	44,1%	394
Veneto	2.152.902	5.502	54,1%	391
TOTALE COMPLESSIVO	53.074.446	64.050	61,2%	829

Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

Tabelle 28 – Distribuzione per Regione del liquidato, dei premi pagati e degli assistiti 2024

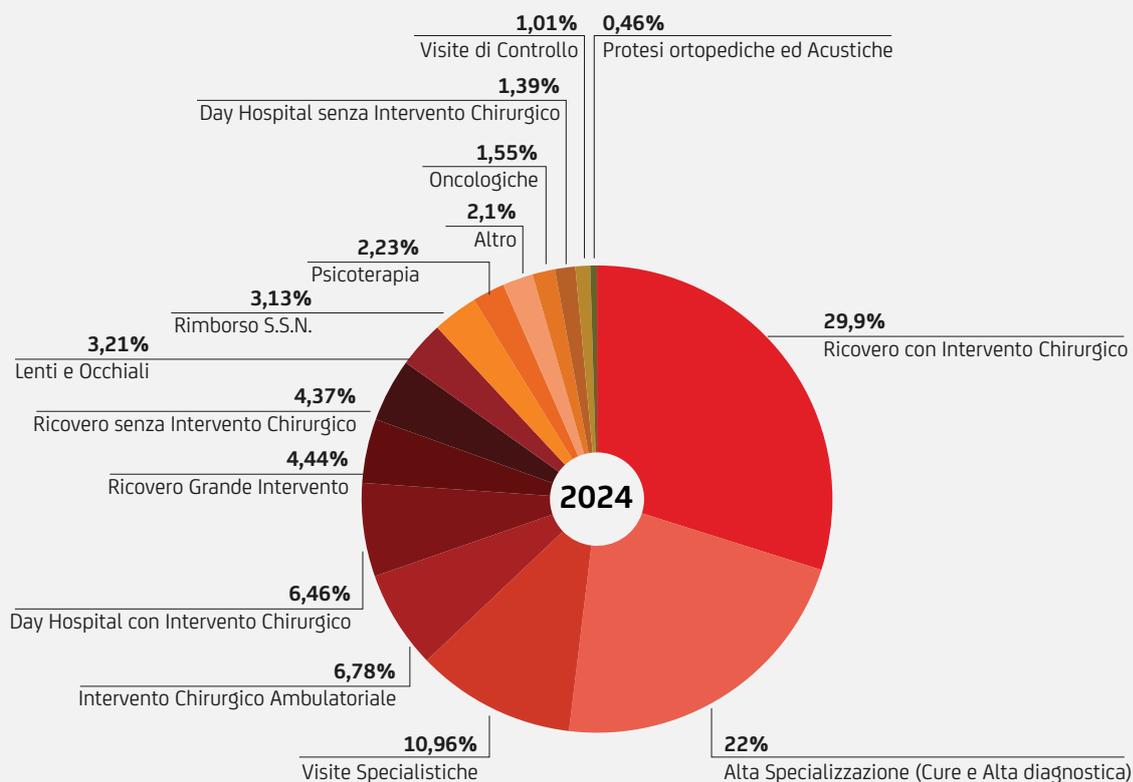


Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

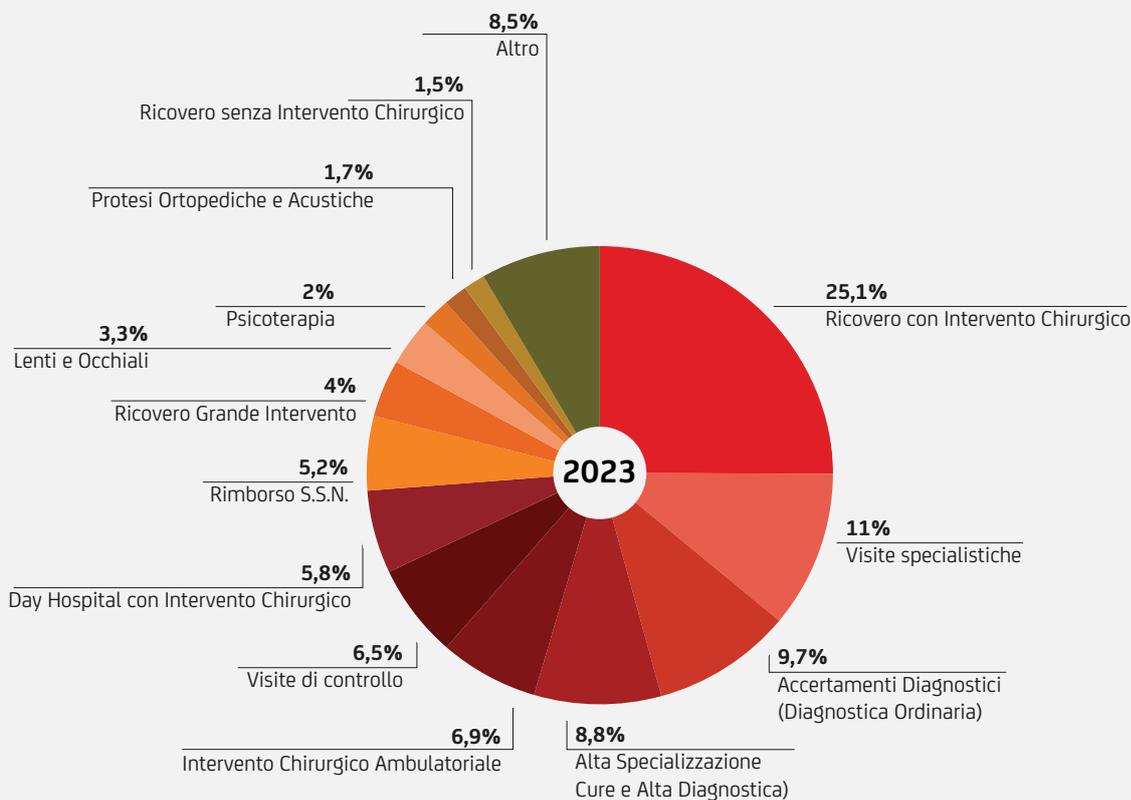


Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Tabelle 29 – Distribuzione del liquidato per tipologia di prestazione

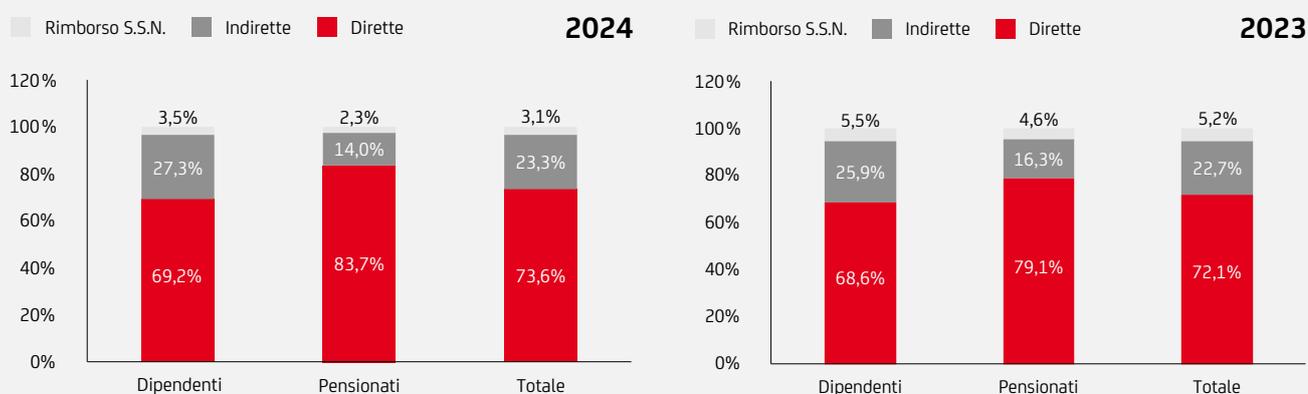


Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.



Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

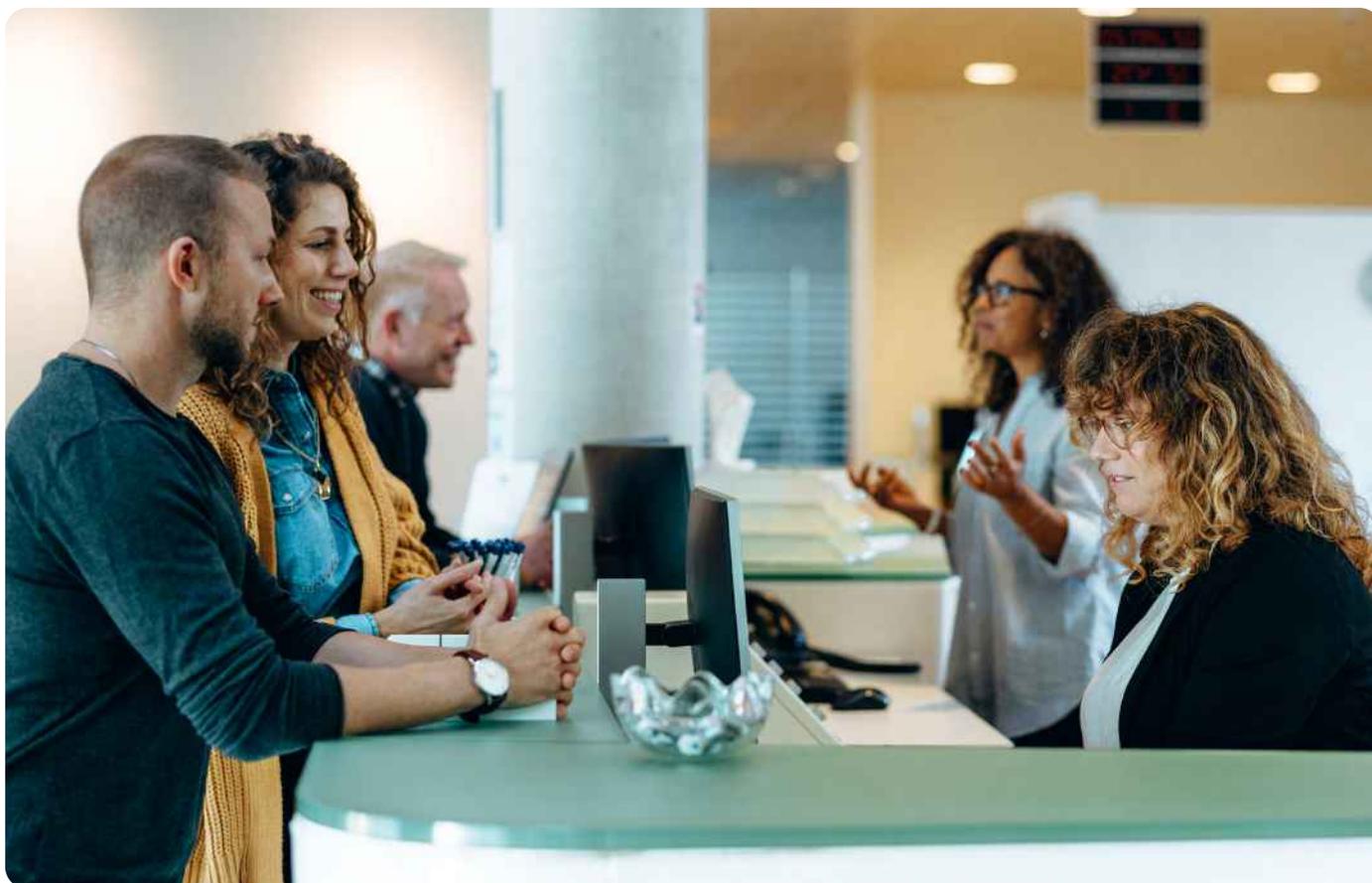
Tabelle 30 – Suddivisione degli utilizzi per modalità di accesso alle prestazioni



Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

Elaborazione dati 2023 forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Anche con riguardo al regime di erogazione (cfr. tabelle 30), si conferma il maggior ricorso alle prestazioni in forma diretta ossia presso le strutture del network convenzionato, rispetto a quella indiretta.



Relazione sulla gestione

Dalla seguente tabella 31 emerge un ottimo rapporto tra l'indennizzo richiesto dagli assistiti e quanto è stato pagato dalla Compagnia di assicurazione, c.d. "tasso di pagamento per garanzia" che, per l'anno 2024, ha fatto registrare una media del **72%**, con picchi di quasi il 100% per i rimborsi SSN.

72%

media del tasso di pagamento per garanzia nel 2024

Tabella 31 – Dettaglio del pagato per macro-aree e tipologia di prestazioni
Tasso di pagamento per garanzia

Tipo prestazione	Garanzia	Network	Pratiche	Richiesto	Pagato	% rimborso
Ospedaliera	Ricovero senza intervento	D	479	906.055	823.076	90,8%
		I	473	469.418	302.259	64,4%
	Day Hospital Chirurgico	D	1.920	2.226.908	2.065.507	92,8%
		I	208	234.807	112.566	47,9%
	Day Hospital Medico	D	163	407.089	370.589	91%
		I	74	72.224	54.431	75,4%
	Ricovero con Intervento	D	6.374	11.165.524	10.087.351	90,3%
		I	1.343	1.554.716	1.000.647	64,4%
	Intervento Ambulatoriale	D	3.845	2.046.287	1.790.811	87,5%
		I	3.550	1.385.137	520.008	37,5%
ALTRO (es: accompagnatore, trasporto)	D	16.652	34.038	27.031	79,4%	
	I	3.240	938.608	929.218	99%	
Ospedaliera Totale			38.321	21.440.812	18.083.496	84,3%
Extraospedaliera	Visite specialistiche	D	42.788	3.976.428	2.671.494	67,2%
		I	41.179	6.179.521	3.144.146	50,9%
		SSN	9.790	241.980	241.431	99,8%
	Terapie ortopediche	D	693	350.660	308.185	87,9%
		I	1.289	370.611	217.898	58,8%
		SSN	190	5.986	5.968	99,7%
	Protesi	I	171	305.678	237.461	77,7%
	Preventiva	D	4.428	395.807	394.097	99,6%
		I	2.086	187.895	119.749	63,7%
	Oncologiche	D	2.261	521.828	511.563	98%
		I	1.850	321.767	301.866	93,8%
	Lenti	I	12.050	3.429.191	1.609.502	46,9%
	Altre terapie	D	315	47.549	42.582	89,6%
		I	14.806	2.759.602	1.372.441	49,7%
		SSN	66	1.978	1.971	99,6%
	Alta diagnostica	D	12.240	3.555.544	2.997.086	84,3%
I		3.314	892.727	402.621	45,1%	
SSN		2.356	98.279	98.121	99,8%	
Accertamenti/Prestazioni mediche	D	71.834	4.576.530	3.213.459	70,2%	
	I	25.121	2.193.536	922.690	42,1%	
	SSN	39.462	1.316.860	1.311.467	99,6%	
ExtraOspedaliera Totale			288.289	31.729.956	20.125.795	63,4%
Cure dentarie	Cure dentarie	D	-	-	-	0%
		I	260	99.673	69.608	69,8%
Cure dentarie Totale			260	99.673	69.608	69,8%
Prevenzione	Prevenzione	D	-	-	-	0%
		I	-	-	-	0%
Prevenzione Totale			-	-	-	0%
Altre prestazioni	Altre prestazioni (coperture opzionali integrative)	D	69	36.266	32.766	90,3%
		I	3.968	511.639	273.930	53,5%
Altre prestazioni Totale			4.037	547.905	306.696	56%
TOTALE COMPLESSIVO			330.907	53.818.347	38.585.596	71,7%

Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

Tabella 32 – **Suddivisione del liquidato e percentuali di utilizzatori per tipologia di iscritti**

Tipologia di iscritti	Sinistri liquidati in euro	Utilizzatori		
		Numero	% su totale assistiti	Media utilizzi in euro
Dipendenti e familiari	36.902.196	53.154	60,4%	694
Pensionati e familiari	16.172.250	10.896	65,6%	1.484
Totale complessivo	53.074.446	64.050	61,2%	829

Elaborazione dati 2024 forniti da Generali S.p.A.

Considerando univocamente i nuclei assicurati, la percentuale di utilizzi è del 75% (75,2% riferiti ai nuclei dei dipendenti e 73,8% riferiti ai nuclei dei pensionati).

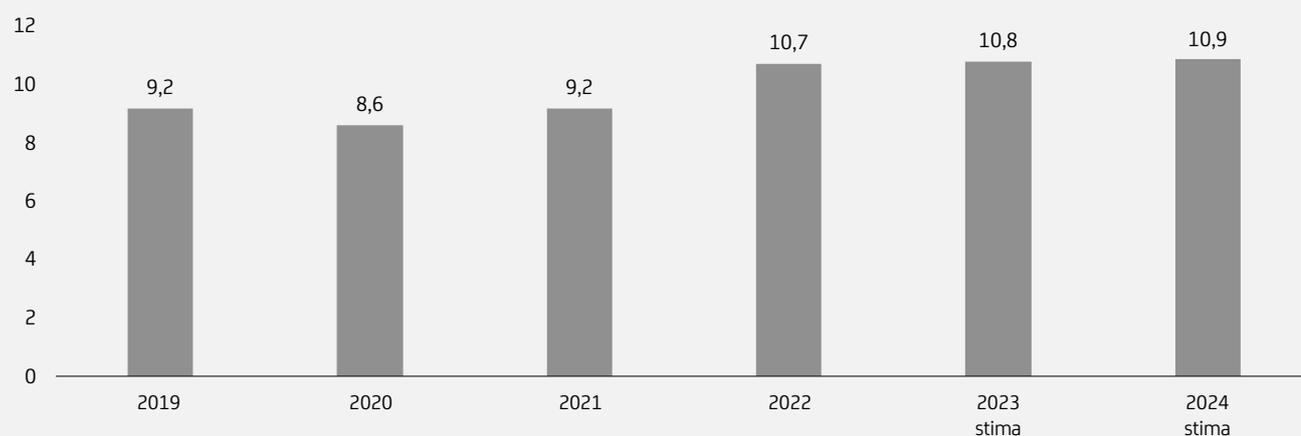
Andamenti delle coperture dentarie

Nel 2024 la spesa stimata di chiusura per rimborsi odontoiatrici, risulta in lieve aumento rispetto agli anni precedenti, confermando il trend di crescita degli ultimi 2 anni.

Nel grafico seguente sono evidenziati gli importi di liquidato di competenza di ciascuna annualità.

Per il 2024, il dato di liquidato risulta essere di circa 10,2 milioni di euro e la differenza rispetto all'importo sotto riportato si riferisce alla stima dei c.d. "sinistri tardivi".

Dati di andamento a confronto (sinistri in milioni/€)

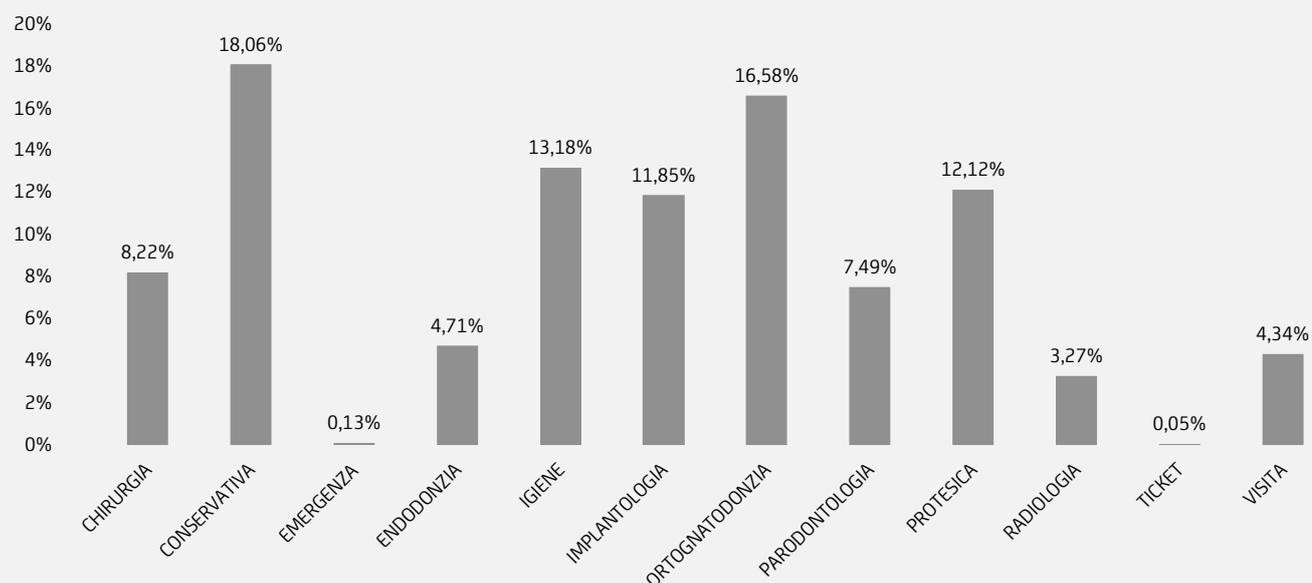


Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care

Al 31.12.2024 risultano pagati 35.258 sinistri di competenza della stessa annualità, mentre all'annualità 2023 risultano riferibili complessivamente 40.294 sinistri, di cui 34.256 pagati nel 2023 e 6.038 pagati nel 2024.

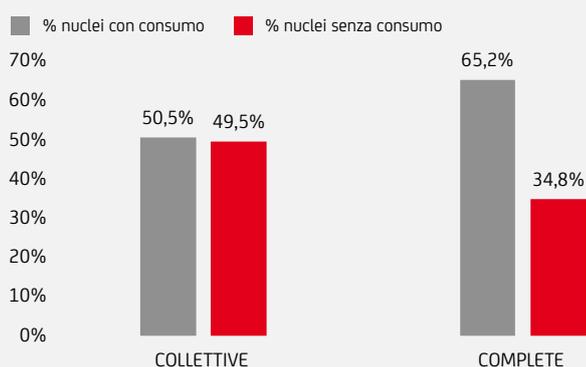
Relazione sulla gestione

Tabella 33a – Distribuzione del liquidato per tipologia di prestazione



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

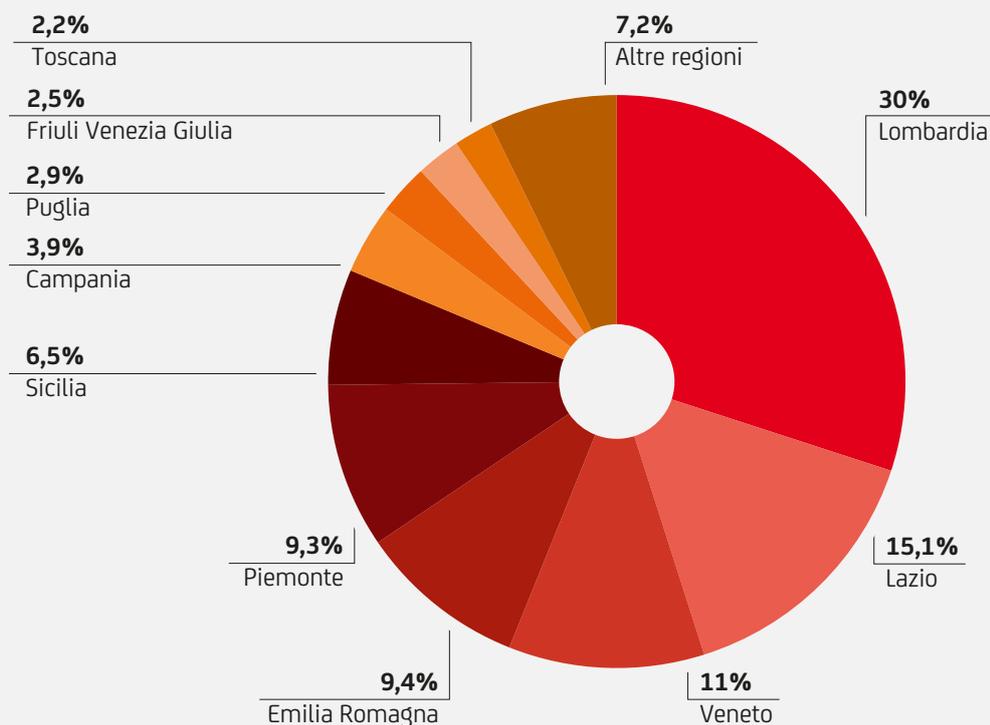
Tabella 33b – Analisi spesa odontoiatrica



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care.
Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

I dati si riferiscono alle coperture odontoiatriche raggruppate per tipologia, ossia collettiva più collettiva estesa e completa più completa estesa.

Tabella 33c – Distribuzione liquidato per Regione



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

I nuclei che hanno raggiunto il massimale

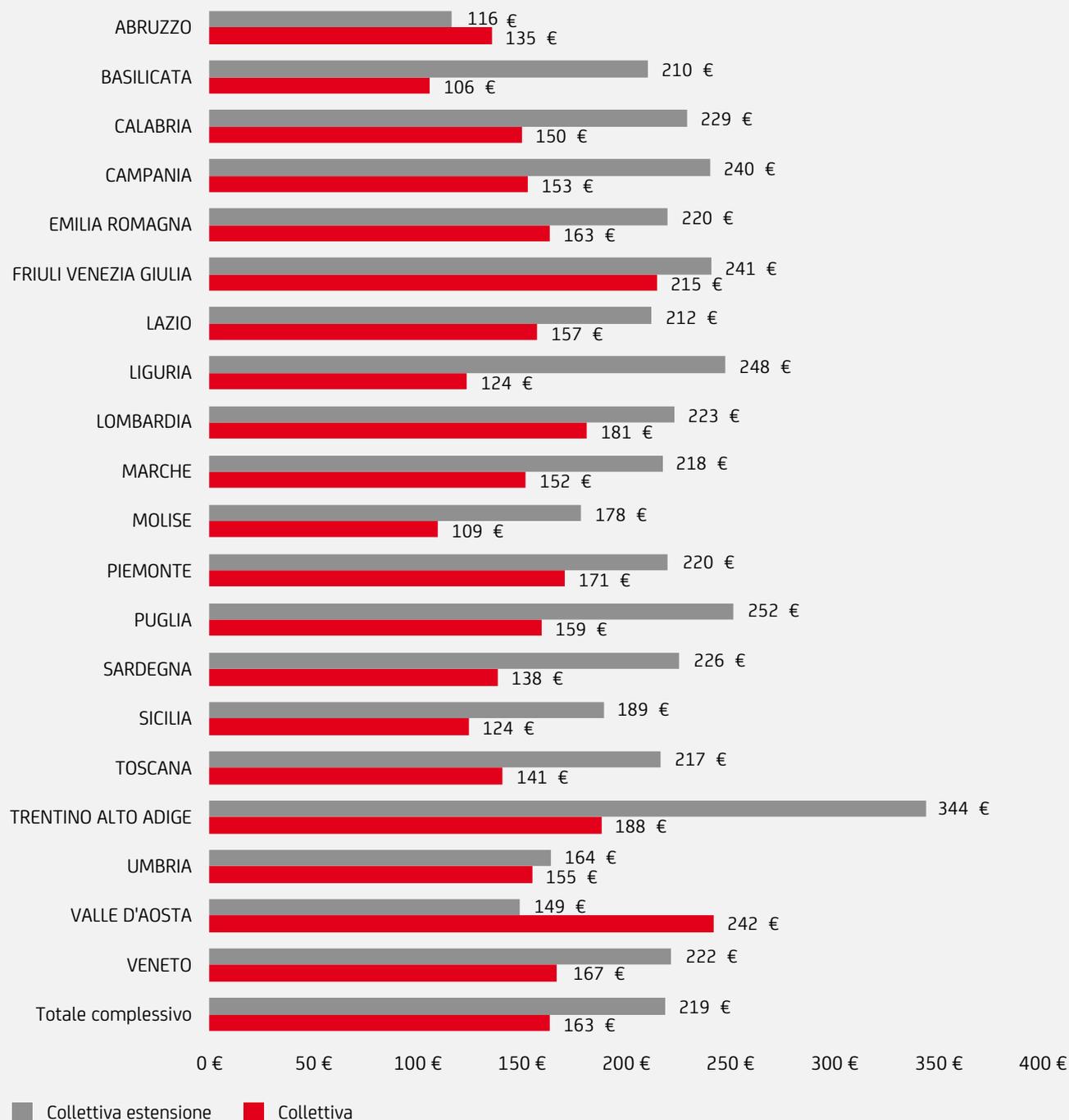
0,07%
per le coperture collettive

0,26%
per le coperture complete

0,44%
per le coperture collettive estese

1,85%
per le coperture complete estese

Tabella 33d – Importo medio pro-capite del liquidato



NEL 2024

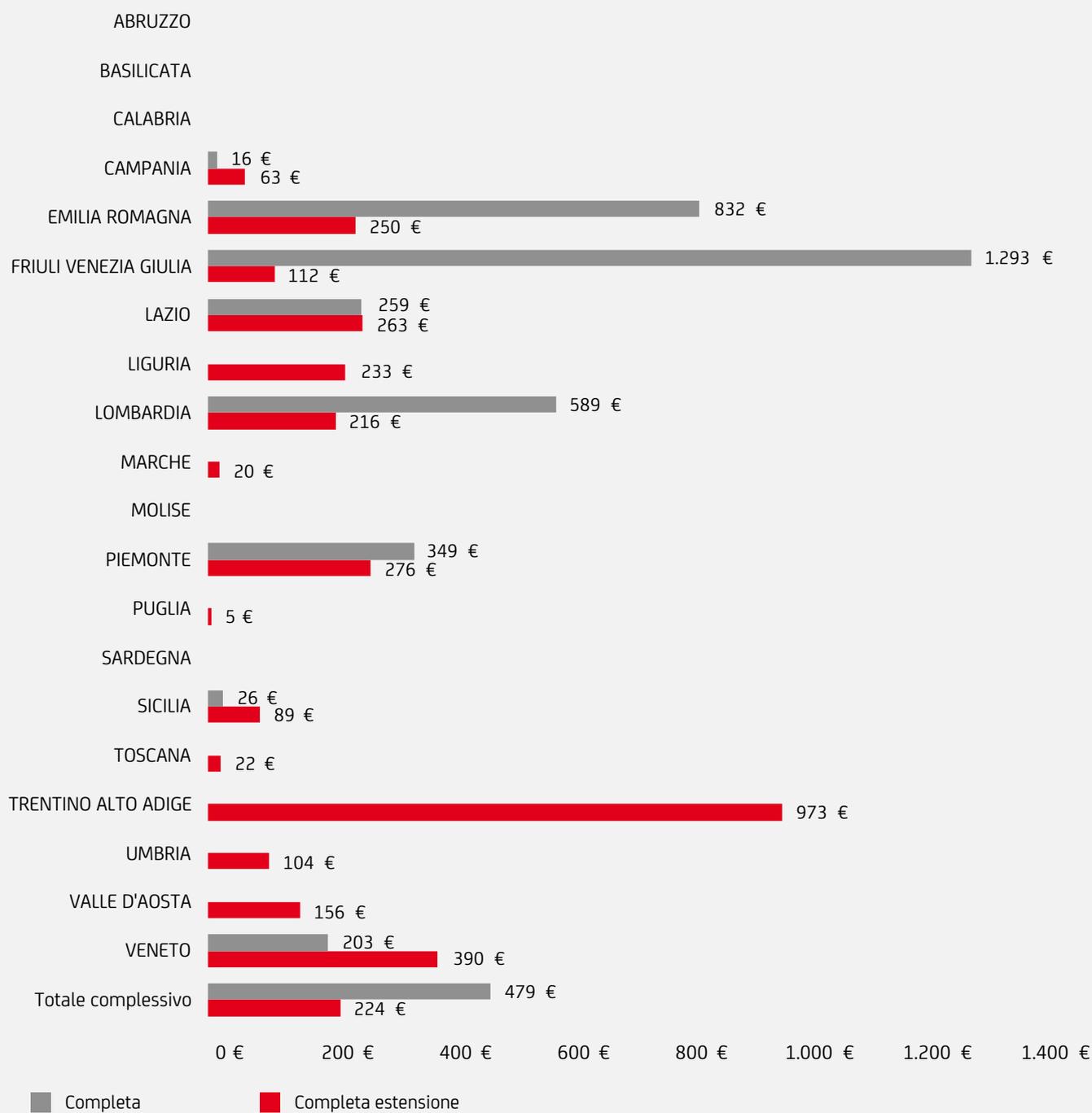
255€

Importo medio annuo liquidato

NEL 2023

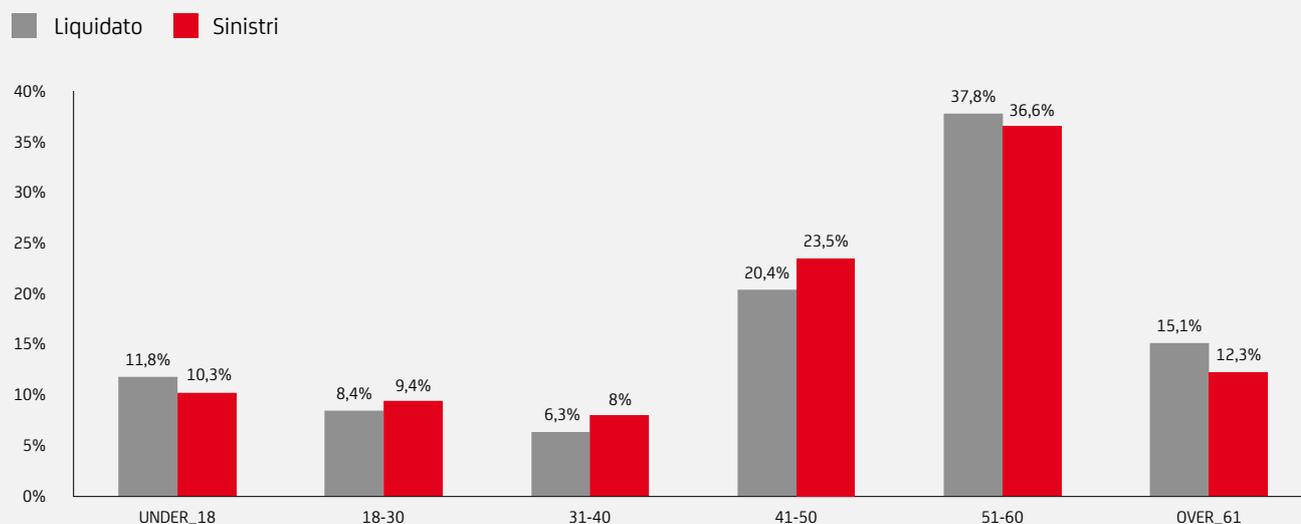
274€

Importo medio annuo liquidato



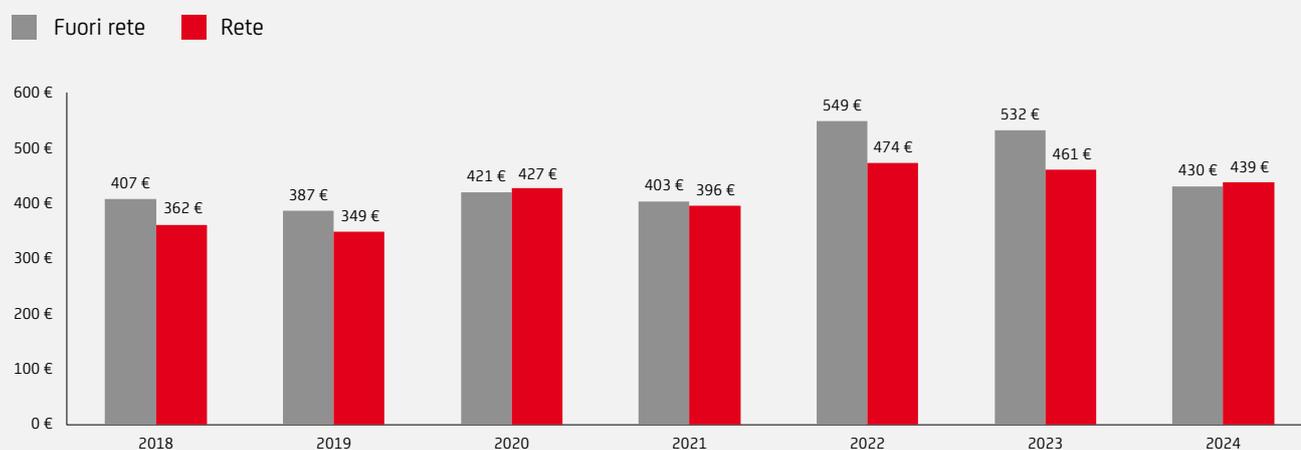
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

Tabella 33e – Percentuale di sinistri e di liquidato – Suddivisione per età



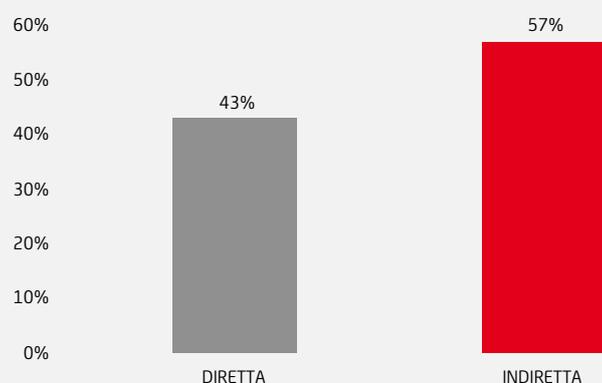
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

Tabella 33f – Confronto del liquidato medio per nucleo tra rete e fuori rete



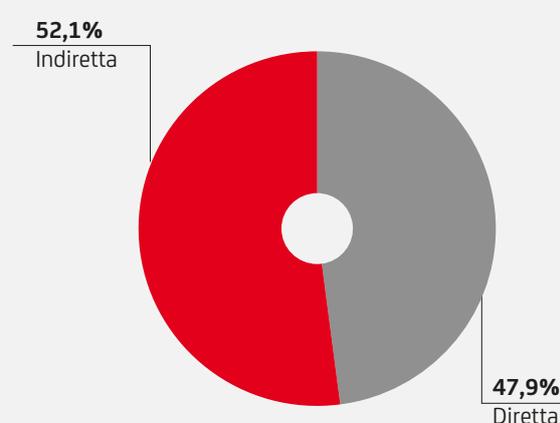
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

Tabella 33g – Confronto utilizzo della rete e del fuori rete in % di sinistri 2024



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care.
Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

Tabella 33h – Confronto utilizzo della rete e del fuori rete in % di utilizzatori



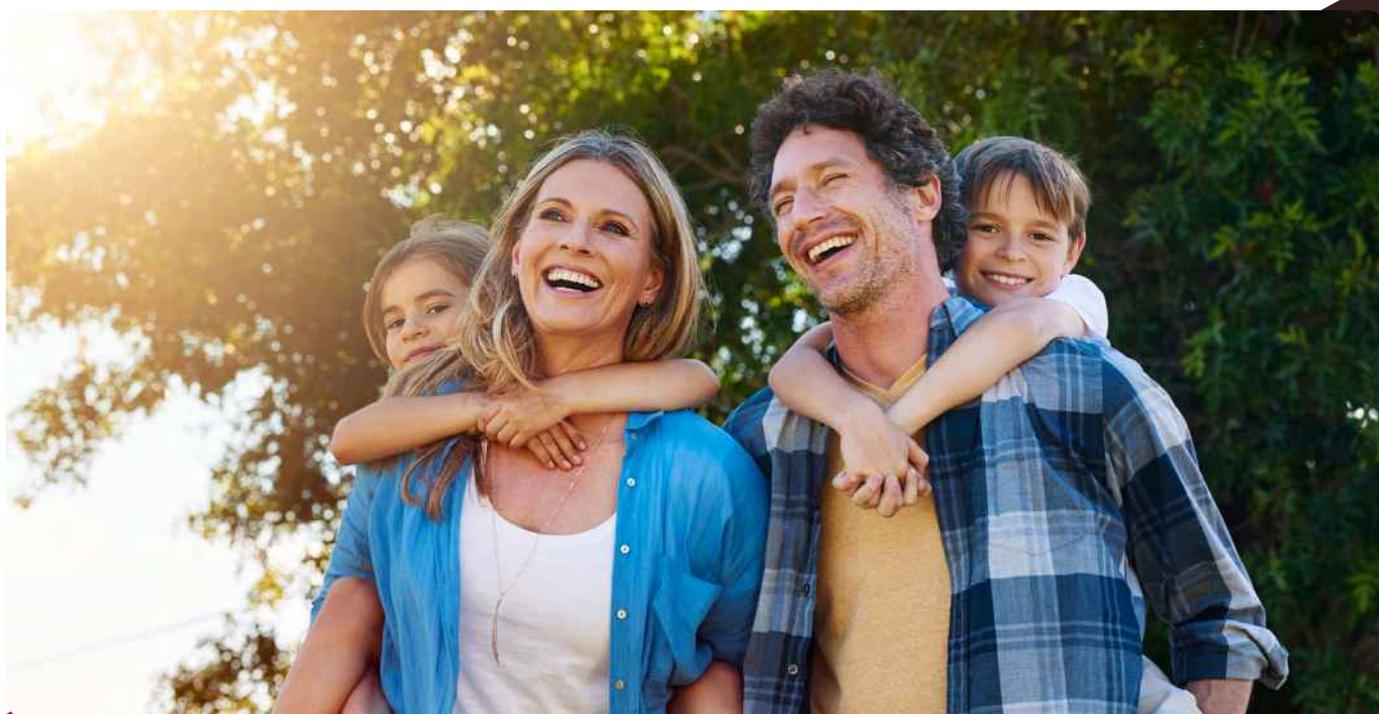
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care.
Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

Dalle tabelle 33g e 33h si evince una leggera prevalenza dell'utilizzo della forma indiretta rispetto all'accesso in forma convenzionata, con il maggior numero di prestazione effettuate fuori rete.

a carattere generale il

49,8%

dei dipendenti e loro nuclei utilizza le coperture dentarie



» L'esercizio delle autonomie da parte del Direttore.

Le posizioni in contenzioso

Nel 2024, ai fini della gestione di sinistri in contestazione, non sono stati effettuati interventi da parte del Direttore a valere sulle proprie autonomie.

Non si è ancora concluso l'unico contenzioso civile, di primo grado, che vede coinvolta la Cassa ma non come parte attrice.

La sostanziale assenza di contenzioso, a 18 anni dall'avvio dell'attività, è un punto di forza dell'Associazione, a testimonianza della qualità del servizio reso e delle coperture offerte, nonché della positiva prova delle procedure di gestione e "decompressione" di eventuali conflitti.

» Le principali evidenze contabili

L'esercizio si è chiuso con una eccedenza di euro 17.520. I fondi di riserva sono costituiti per euro 45.753.708 dalle eccedenze degli esercizi precedenti e per euro 9.097 dal residuo patrimonio conseguente allo scioglimento del Fondo sanitario ex Bipop (FAP) confluito all'Associazione nel corso dell'esercizio 2018.

Sono inoltre appostati euro 9.846.979 per fondi destinati alle campagne sanitarie, euro 8.400 per fondi per cause legali, euro 63.100 per richieste di contributo straordinario ed euro 3.500.000 relativi alle riserve tecniche per l'autoassicurazione delle coperture odontoiatriche.



» L'applicazione del DM Sacconi

Per il 2024, la percentuale di risorse destinata alle prestazioni sanitarie vincolate ai sensi del DM Sacconi, in rapporto all'ammontare complessivo delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, si attesta al **30,94%**, al di sopra dunque del limite del 20% previsto dal citato Decreto.

Ciò potrà continuare a garantire agli associati la deducibilità dal reddito dei contributi versati per assistenza sanitaria.

	Risorse impegnate	Importi compliance	% prestazioni compliance
Coperture odontoiatriche in autoassicurazione	10.928.607	10.928.607	100%
Polizze a contenuto non esclusivamente dentario	68.272.022	11.050.037	16,19%
Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria		40.841	0,06%
Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale		8.601.078	12,60%
Prestazioni finalizzate al recupero della Salute		2.191.570	3,21%
Prestazioni di Assistenza Odontoiatrica		216.548	0,32%
Long Term Care (Casdic)	3.654.200	3.654.200	100%
Totale	82.854.829	25.632.844	
Rapporto fra prestazioni compliance e risorse impegnate		30,94%	

» Le attività istituzionali

Nel corso del 2024 è proseguita la partecipazione della Cassa agli incontri con i dirigenti dell'anagrafe dei Fondi sanitari, nell'ambito del gruppo di sperimentazione delle Casse e Fondi, per i lavori concernenti il cosiddetto "Cruscotto delle prestazioni sanitarie" e la relativa piattaforma dedicata.

Sul tema, si rammenta che con la legge annuale per il mercato e la concorrenza (L. 5 agosto 2022, n. 118) il legislatore è intervenuto sul testo dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 da un lato ampliando l'elenco delle prestazioni che rientrano nell'ambito di intervento dei Fondi integrativi del servizio sanitario nazionale e dall'altro riconoscendo in capo al Ministero della Salute alcune nuove funzioni di studio e ricerca attraverso l'istituzione del nuovo Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi (Ofsi).

I lavori dell'Osservatorio, costituito con decreto del Ministero della Salute a settembre 2022, sono tuttora in corso.

Uni.C.A. ha, poi, continuato la collaborazione con Mefop e con l'Università Bocconi di Milano nell'ambito dell'Osservatorio Consumi Privati in Sanità.

La Cassa ha inoltre partecipato attivamente al Global Welfare summit, convegno organizzato nel mese di ottobre dalla società Italian Welfare, intervenendo come relatore al workshop dal titolo "Prevenzione, cronicità e grandi rischi sanitari: il ruolo dei fondi in un sistema di tutela integrato".

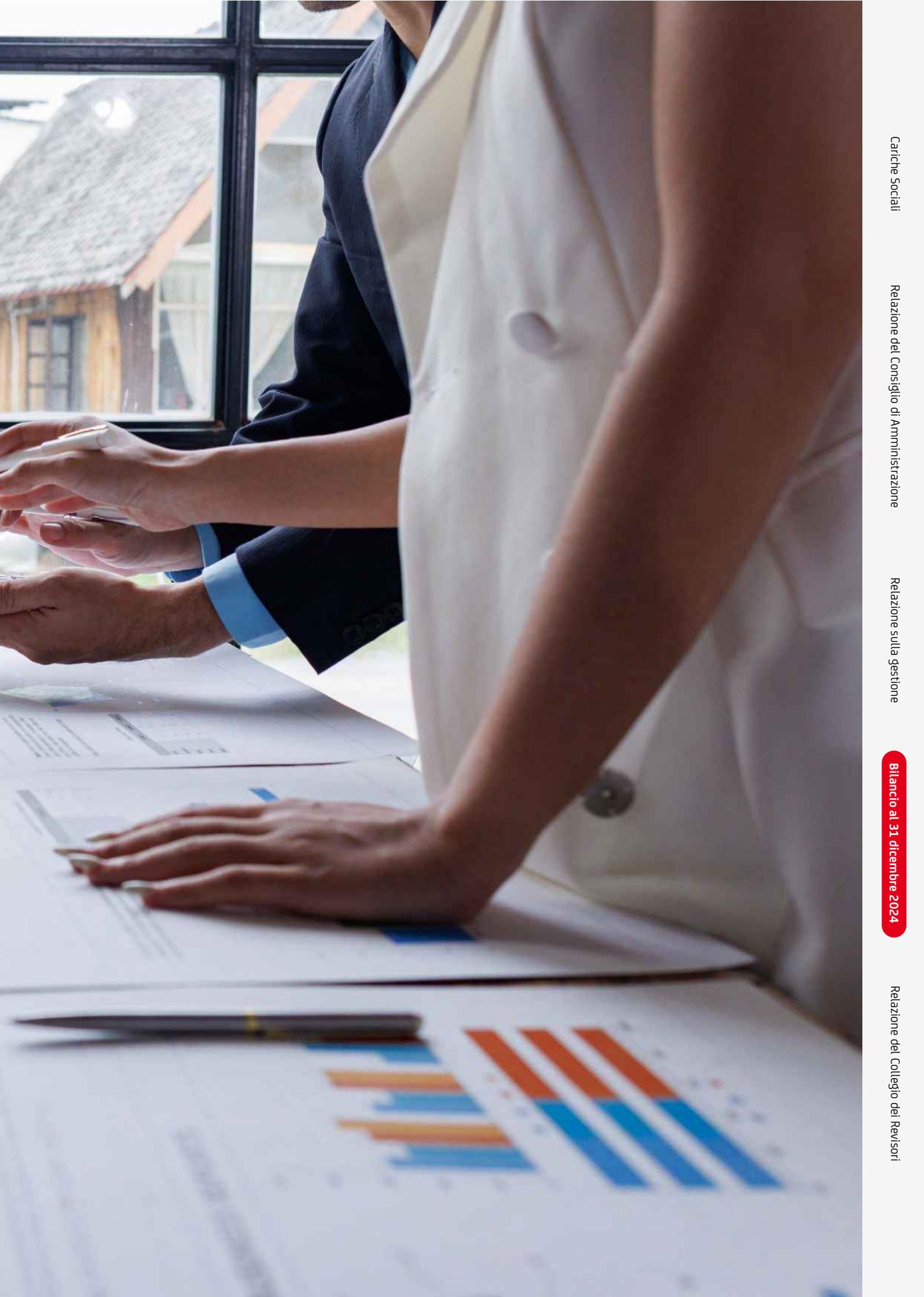
» Il 2025: attività relative al 1° trimestre

Nel primo trimestre del 2025, la Cassa sarà impegnata sulle seguenti principali attività:

- > sui lavori connessi alle cosiddette "adesioni infrapiano", ossia le adesioni relative ai neo pensionati ed ai neo dirigenti, ai quali spetta una differente copertura assicurativa rispetto all'anno precedente;
- > sulla predisposizione del bilancio di esercizio 2024;
- > sulle attività propedeutiche al rinnovo dei Piani sanitari scadenti il 31.12.2025;
- > sulla preparazione del processo di rinnovo degli Organi sociali, in scadenza a fine 2025;
- > sui lavori di aggiornamento legati al Cruscotto delle prestazioni sanitarie.



Bilancio al 31 dicembre 2024



Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2024

ATTIVITÀ	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Crediti per attività tipica	68.405	61.077	7.328
v/Aziende Gruppo Unicredit (per dipendenti iscritti)	64.586	52.265	12.321
v/Aziende convenzionate (per dipendenti iscritti)	873	8.812	- 7.939
v/Pensionati non aderenti a Fondi Pensione del Gruppo	2.946	-	2.946
v/Pensionati aderenti a Fondi Pensione del Gruppo	-	-	-
Crediti diversi	-	-	-
v/terzi per oneri sostenuti per loro conto	-	-	-
v/provider e altri	-	-	-
Disponibilità liquide	63.475.612	59.054.391	4.421.221
Cassa e altri valori	26	13	13
Depositi bancari	63.475.586	59.054.378	4.421.208
TOTALE ATTIVO	63.544.017	59.115.468	4.428.549

PASSIVITÀ	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Fondi di riserva	45.780.325	45.762.805	17.520
Eccedenze / carenze dell'esercizio	17.520	2.183	15.337
Eccedenze / carenze esercizi precedenti	45.753.708	45.751.525	2.183
Patrimonio residuo fondo sanitario ex Bipop Carire	9.097	9.097	-
Fondi per Campagne sanitarie	9.846.979	5.744.166	4.102.813
Fondi per Campagne sanitarie	9.846.979	5.744.166	4.102.813
Fondi per rischi ed oneri	8.400	8.400	-
Fondo per cause legali	8.400	8.400	-
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	63.100	67.200	- 4.100
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	63.100	67.200	- 4.100
Passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione	7.654.175	6.533.360	1.120.815
Fondo Riserve tecniche per autoassicurazioni	4.000.000	3.000.000	1.000.000
Debiti v/assistiti per coperture odontoiatriche	3.654.175	3.533.360	120.815
Debiti per attività tipica	150.852	950.307	- 799.455
Debiti v/aziende Gruppo Unicredit	2.400	373.581	- 371.181
Debiti v/aziende convenzionate	-	-	-
V/compagnie per premi assicurativi	148.452	124.613	23.839
V/società di gestione sinistri	-	452.113	- 452.113
Debiti diversi	40.186	49.230	- 9.044
Debiti v/assistiti	-	865	- 865
Fornitori per servizi ricevuti	40.186	48.365	- 8.179
Debiti tributari	-	-	-
Debiti v/Erario	-	-	-
TOTALE PASSIVO	63.544.017	59.115.468	4.428.549

Conto Economico per l'esercizio 2024

COSTI	2024	2023	variazione
Oneri per attività assistenziale	85.210.103	73.216.702	11.993.401
Premi assicurativi alle compagnie	65.428.720	55.896.362	9.532.358
Costi per autoassicurazioni	11.202.304	11.010.885	191.419
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	1.000.000	500.000	500.000
Costi per la gestione sinistri	505.722	1.997.532	- 1.491.810
Accantonamenti per Campagne sanitarie	7.070.000	3.800.000	3.270.000
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	2.800	10.380	- 7.580
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	73	- 73
Accantonamenti per cause legali	-	-	-
Oneri vari	557	1.470	- 913
Oneri finanziari	513	529	- 16
Commissioni e spese banca	513	529	- 16
Oneri diversi	9.433	5.939	3.494
Oneri sostenuti per c/terzi a seguito di convenzioni	-	-	-
Sopravvenienze passive	9.433	5.939	3.494
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-
Oneri di amministrazione	132.062	103.013	29.049
Compensi professionali	80.840	67.858	12.982
Varie	51.222	35.155	16.067
TOTALE COSTI	85.352.111	73.326.183	12.025.928
ECCEDENZE ESERCIZIO	17.520	2.183	15.337
TOTALI	85.369.631	73.328.366	12.041.265

RICAVI	2024	2023	variazione
Contributi per attività assistenziale	82.712.394	71.138.527	11.573.867
A carico azienda	52.442.833	42.822.452	9.620.381
A carico assistito	30.269.561	28.316.075	1.953.486
Proventi finanziari	2.614.362	2.175.078	439.284
Interessi attivi	2.614.362	2.175.078	439.284
Altri proventi	42.875	14.761	28.114
Recupero oneri sostenuti per c/terzi	-	-	-
Penali e recuperi spese	5.558	13.561	- 8.003
Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	37.317	1.200	36.117
TOTALE RICAVI	85.369.631	73.328.366	12.041.265
CARENZE ESERCIZIO	-	-	-
TOTALI	85.369.631	73.328.366	12.041.265

Conto Economico per l'esercizio 2024 - Sezione dipendenti

COSTI	2024	2023	variazione
Oneri per attività assistenziale	66.797.300	59.994.110	6.803.190
Premi assicurativi alle compagnie	48.873.481	43.855.342	5.018.139
Costi per autoassicurazioni	11.202.304	11.010.885	191.419
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	1.000.000	500.000	500.000
Costi per la gestione sinistri	458.814	1.636.317	- 1.177.503
Accantonamenti per Campagne sanitarie	5.260.787	2.979.960	2.280.827
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	1.500	10.380	- 8.880
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	73	- 73
Accantonamenti per cause legali	-	-	-
Oneri vari	414	1.153	- 739
Oneri finanziari	382	415	- 33
Commissioni e spese banca	382	415	- 33
Oneri diversi	433	3.755	- 3.322
Sopravvenienze passive	433	3.755	- 3.322
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-
Oneri di amministrazione	98.267	80.782	17.485
Compensi professionali	60.153	53.214	6.939
Varie	38.114	27.568	10.546
TOTALE COSTI	66.896.382	60.079.062	6.817.320
ECCEDENZE ESERCIZIO	-	-	-
TOTALI	66.896.382	60.079.062	6.817.320

RICAVI	2024	2023	variazione
Contributi per attività assistenziale	64.706.005	54.898.045	9.807.960
A carico azienda	52.442.833	42.822.452	9.620.381
A carico assistito	12.263.172	12.075.593	187.579
Proventi finanziari	1.945.347	1.705.696	239.651
Interessi attivi	1.945.347	1.705.696	239.651
Altri proventi	28.688	450	28.238
Penali e recuperi spese	920	450	470
Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	27.768	-	27.768
TOTALE RICAVI	66.680.040	56.604.191	10.075.849
CARENZE ESERCIZIO	216.342	3.474.871	- 3.258.529
TOTALI	66.896.382	60.079.062	6.817.320

Conto Economico per l'esercizio 2024 - Sezione pensionati

COSTI	2024	2023	variazione
Oneri per attività assistenziale	18.412.803	13.222.592	5.190.211
Premi assicurativi alle compagnie	16.555.239	12.041.020	4.514.219
Costi per autoassicurazioni	-	-	-
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	-	-
Costi per la gestione sinistri	46.908	361.215	- 314.307
Accantonamenti per Campagne sanitarie	1.809.213	820.040	989.173
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	1.300	-	1.300
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	-	-
Accantonamenti per cause legali	-	-	-
Oneri vari	143	317	- 174
Oneri finanziari	131	114	17
Commissioni e spese banca	131	114	17
Oneri diversi	9.000	2.184	6.816
Sopravvenienze passive	9.000	2.184	6.816
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-
Oneri di amministrazione	33.795	22.230	11.565
Compensi professionali	20.687	14.644	6.043
Varie	13.108	7.586	5.522
TOTALE COSTI	18.455.729	13.247.120	5.208.609
ECCEDENZE ESERCIZIO	233.862	3.477.055	-3.243.193
TOTALI	18.689.591	16.724.175	1.965.416

RICAVI	2024	2023	variazione
Contributi per attività assistenziale	18.006.389	16.240.482	1.765.907
A carico assistito	18.006.389	16.240.482	1.765.907
Proventi finanziari	669.015	469.382	199.633
Interessi attivi	669.015	469.382	199.633
Altri proventi	14.187	14.311	- 124
Penali e recuperi spese	4.638	13.111	- 8.473
Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	9.549	1.200	8.349
TOTALE RICAVI	18.689.591	16.724.175	1.965.416
CARENZE ESERCIZIO	-	-	-
TOTALI	18.689.591	16.724.175	1.965.416

» Nota integrativa per l'esercizio 2024

Informazioni preliminari

Uni.C.A., UniCredit Cassa Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, è stata costituita in data 15 novembre 2006, con sede legale in Milano.

Si identifica tra le associazioni non riconosciute ai sensi dell'art.36 e seguenti del Codice civile.

Scopo di Uni.C.A. è garantire e gestire, a favore dei propri iscritti persone fisiche e loro familiari, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale per i casi di malattia,

infortuni ed altri eventi che possano richiedere prestazioni di carattere sanitario o assistenziale, in ottemperanza ad accordi collettivi e/o regolamenti aziendali, nel quadro delle disposizioni di legge tempo per tempo vigenti.

Organi sociali della Cassa Assistenza sono: l'Assemblea degli iscritti/iscritte, il Consiglio di Amministrazione, il Comitato Esecutivo, il Presidente e Vice Presidente ed il Collegio dei Revisori.

Contenuto e forma del Bilancio

Il Bilancio è costituito dallo Stato Patrimoniale, dal Conto Economico e dalla Nota Integrativa ed è corredato dalla Relazione del Consiglio di Amministrazione e dalla Relazione sulla Gestione.

Nel Conto Economico i costi ed i ricavi, in base all'articolo 19 dello Statuto, sono suddivisi in due distinte sezioni in relazione alla natura degli iscritti (Dipendenti e Pensionati/Superstiti) ad eccezione dei costi sostenuti per c/terzi a seguito di convenzioni e dei relativi recuperi.

L'esercizio 2024, diciottesimo esercizio di attività dell'Associazione, chiude con una eccedenza di bilancio di € 17.520 che viene destinata all'attività sociale degli esercizi successivi.

La revisione del Bilancio viene effettuata dal Collegio dei Revisori.

La Cassa Assistenza, non svolgendo attività commerciale, non è un soggetto IVA e per la natura dei suoi proventi non è soggetta ad imposte sul reddito.

Principi contabili e criteri di valutazione

I costi ed i ricavi sono rilevati per competenza economico/temporale, ad eccezione dei ricavi di natura straordinaria che vengono contabilizzati per cassa. In particolare, i costi e ricavi riguardanti la tipica attività assistenziale sono divisi in due sezioni distinte in base alla tipologia di assistiti a cui sono rivolti: dipendenti e pensionati/superstiti.

ATTIVITÀ

Crediti

- > I **Crediti** sono iscritti al valore di presumibile realizzo
- > I **Crediti per attività tipica** rappresentano crediti nei confronti delle aziende per i dipendenti e loro familiari iscritti o dei pensionati/superstiti relativamente ai pensionati e loro familiari iscritti.
- > I **Crediti diversi** sono costituiti da crediti nei confronti di terzi per oneri sostenuti per loro conto ed eventuali partite creditorie in corso di sistemazione.
- > Le **Disponibilità liquide** sono iscritte al valore nominale e sono costituite da depositi bancari, dal denaro e valori in cassa.

Ratei e risconti attivi

- > Sono calcolati secondo il principio della competenza temporale e nel rispetto del principio generale di correlazione degli oneri e dei proventi in ragione d'esercizio.

PASSIVITÀ

Fondi

- > I **Fondi di riserva** sono costituiti dai risultati di gestione dell'esercizio corrente e degli esercizi precedenti.
- > I **Fondi per Campagne sanitarie** sono costituiti da fondi vincolati per la realizzazione di iniziative sanitarie e/o di prevenzione deliberate nel corso degli anni.
- > I **Fondi per rischi ed oneri** sono costituiti per le eventuali necessità derivanti da sinistri in contestazione, da cause legali e a fronte di oneri di natura determinata, di esistenza certa o probabile, connessi a obbligazioni già assunte alla data di

bilancio, ma che avranno manifestazione numeraria negli esercizi successivi.

- > Il **Fondo richieste di contributo straordinario** è costituito per la gestione delle richieste di contributo straordinario.

Passività su coperture dentarie in autoassicurazione

- > Sono rappresentate dagli accantonamenti relativi alle riserve tecniche nonché dai debiti diretti o indiretti nei confronti degli associati della Cassa Assistenza relativi alle coperture dentarie gestite in autoassicurazione.

Debiti

I debiti sono iscritti al loro valore nominale.

- > I **Debiti per attività tipica** rappresentano debiti nei confronti delle aziende per i dipendenti e loro familiari iscritti e nei confronti dei pensionati/superstiti relativamente ai pensionati stessi ed eventuali loro familiari iscritti; nei confronti delle

Compagnie di assicurazione in ragione dei premi assicurativi da versare; nei confronti delle Società di gestione dei sinistri e della rete convenzionata per fatture da ricevere o non ancora saldate, nonché le altre passività di natura determinata ed esistenza

certa, che rappresentano obbligazioni a pagare importi determinati.

- > I **Debiti diversi** sono costituiti da: debiti verso assistiti, debiti verso enti, debiti verso fornitori relativi a fatture da ricevere o non ancora saldate a fronte di servizi ricevuti entro l'anno, somme a disposizione di terzi, nonché partite in corso di sistemazione.
- > I **Debiti tributari** sono costituiti dai debiti maturati e non ancora saldati nei confronti dell'Erario.

COSTI

Gli **Oneri per attività assistenziale** comprendono i premi assicurativi maturati nei confronti delle Compagnie di assicurazione, i costi per gli utilizzi relativi alle coperture autoassicurate e gli oneri sostenuti per le attività riguardanti l'esercizio, compreso l'accantonamento per la costituzione delle riserve tecniche necessario ad affrontare l'eventuale rischio legato alle coperture gestite in autoassicurazione. Inoltre, comprendono gli accantonamenti per le Campagne sanitarie, per le cause legali, per le richieste di contributo straordinario, per le altre attività deliberate dal Consiglio di Amministrazione nonché la previsione di oneri per rimborsi diretti agli assistiti.

RICAVI

I **Contributi per attività assistenziale** rappresentano i contributi ordinari di pertinenza dell'esercizio e gli eventuali contributi straordinari ricevuti nell'anno.

I **Proventi finanziari** sono relativi a interessi bancari al netto delle ritenute fiscali.

NOTA

La ripartizione dei costi e dei ricavi nelle sezioni Dipendenti/Pensionati, ove non direttamente imputabili, è effettuata in proporzione ai premi versati, al fine di poterne calcolare l'incidenza sull'eccedenza/carenza dell'esercizio.

Ratei e risconti passivi

Sono calcolati secondo il principio della competenza temporale e nel rispetto del principio generale di correlazione degli oneri e dei proventi in ragione d'esercizio.

Gli **Oneri finanziari** riguardano commissioni e spese bancarie.

Gli **Oneri diversi** rappresentano i costi sostenuti per c/terzi e successivamente rimborsati a seguito di convenzioni, le sopravvenienze passive relative ad esercizi precedenti nonché gli oneri sostenuti per donazioni e/o erogazioni liberali e per progetti di ricerca.

Gli **Oneri di amministrazione** rappresentano l'onere per il sostegno di particolari eventi, consulenze e pareri richiesti a professionisti esterni, oltre ad eventuali altre spese deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

La voce **Altri proventi** accoglie i proventi residui non rientranti per loro natura tra i precedenti, tra i quali recuperi di accantonamenti e recuperi di oneri sostenuti per c/terzi a seguito di convenzioni, penali e recuperi di spese, nonché eccedenze di fondi precedentemente costituiti.

Informazioni sullo stato patrimoniale e sul conto economico

ATTIVITÀ

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Crediti per attività tipica	68.405	61.077	7.328

La voce accoglie il valore dei crediti nei confronti di Aziende del Gruppo UniCredit (€ 64.586), di Aziende Convenzionate (€ 873) e di pensionati (€ 2.946) per contributi o recuperi di spesa integralmente riferibili all'esercizio 2024 che sono stati accreditati o in via di accreditamento all'inizio dell'anno 2025.

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Disponibilità liquide	63.475.612	59.054.391	4.421.221
Cassa e altri valori	26	13	13
Depositi bancari	63.475.586	59.054.378	4.421.208

La voce **Cassa e altri valori** comprende il contante ed i valori bollati a disposizione per le esigenze immediate mentre la voce **Depositi bancari** rappresenta il saldo dei conti correnti in essere presso UniCredit S.p.A.

PASSIVITÀ

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Fondi di riserva	45.780.325	45.762.805	17.520
Eccedenze / carenze dell'esercizio	17.520	2.183	15.337
Eccedenze / carenze esercizi precedenti	45.753.708	45.751.525	2.183
Patrimonio residuo F.do sanitario Ex Bipop Carire	9.097	9.097	-

I fondi di riserva ammontano ad € 45.780.325 e rappresentano:

- > per € 17.520 l'eccedenza dell'esercizio.
- > per € 45.753.708 le eccedenze degli esercizi precedenti.
- > per € 9.097 il residuo patrimonio confluito all'Associazione conseguente allo scioglimento del Fondo sanitario ex Bipop (FAP).

Movimentazione dei fondi di riserva nell'anno

	Eccedenze / Carenze dell'esercizio	Eccedenze / Carenze esercizi precedenti	Patrimonio residuo F.do sanitario Ex Bipop Carire	Totali fondi di riserva
Apertura dell'esercizio 2024	-	45.753.708	9.097	45.762.805
Accantonamenti ai fondi	-	-	-	-
Utilizzi/trasferimenti dei fondi	-	-	-	-
Eccedenza dell'esercizio	17.520	-	-	17.520
Saldo al 31/12/2024	17.520	45.753.708	9.097	45.780.325

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Fondi per campagne sanitarie	9.846.979	5.744.166	4.102.813

I fondi per campagne sanitarie sono costituiti da accantonamenti specifici effettuati anno per anno.

Il maggior accantonamento effettuato nel 2024 rispetto agli anni precedenti è dovuto al sostenimento del costo totale da parte della Cassa, costo che in passato era condiviso in quota parte con il provider di servizio.

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Fondi per rischi ed oneri	8.400	8.400	-
Fondo per cause legali	8.400	8.400	-

Il fondo per cause legali è relativo ad accantonamenti prudenziali concernenti alcune vertenze in corso.

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	63.100	67.200	- 4.100
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	63.100	67.200	- 4.100

Il fondo per "Richieste di contributo straordinario" riguarda lo stanziamento atto a sostenere le esigenze di carattere sanitario degli iscritti che non trovano copertura nell'ambito delle polizze assicurative stipulate.

Movimentazione degli altri fondi nell'anno

	Fondi per campagne sanitarie	Fondo per cause legali	Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	Fondo Riserve tecniche per autoassicurazioni	Totale Fondi altri
Apertura dell'esercizio 2024	5.744.166	8.400	67.200	3.000.000	8.819.766
Accantonamenti ai fondi	7.070.000	-	2.800	1.000.000	8.072.800
Utilizzi/trasferimenti dei fondi	- 2.967.187	-	- 6.900	-	- 2.974.087
Eccedenza fondi	-	-	-	-	-
Eccedenza dell'esercizio	-	-	-	-	-
Saldo al 31/12/2024	9.846.979	8.400	63.100	4.000.000	13.418.479

In applicazione dei principi contabili la ripartizione dei costi relativi all'accantonamento per campagne sanitarie non può essere direttamente imputabile ai dipendenti o ai pensionati ed è stato quindi effettuato in proporzione ai premi versati. Al fondo riserve tecniche per autoassicurazione dedicato alle coperture odontoiatriche sono stati accantonati € 1.000.000 imputati esclusivamente alla sezione dipendenti.

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione	7.654.175	6.533.360	1.120.815
Fondo riserve tecniche per autoassicurazione	4.000.000	3.000.000	1.000.000
Debiti v/assistiti per coperture odontoiatriche	3.654.175	3.533.360	120.815

Le passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione sono relative a quelle coperture di cui l'Associazione ha deciso di assumersi il rischio in proprio. Sono costituite da:

- > € 4.000.000 dal Fondo Riserve tecniche per la quota di potenziale rischio futuro;
- > € 3.654.175 dai debiti nei confronti delle strutture sanitarie/medici (cd. prestazioni in forma diretta) e nei confronti degli assistiti (cd. prestazioni in forma indiretta).

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Debiti per attività tipica	150.852	950.307	- 799.455
v/aziende Gruppo Unicredit	2.400	373.581	- 371.181
v/aziende convenzionate	-	-	-
v/compagnie per premi assicurativi	148.452	124.613	23.839
v/società di gestione sinistri	-	452.113	- 452.113

Il debito verso le Compagnie di **€ 148.452** è riferibile al conguaglio dei premi assicurativi di competenza dell'anno ancora da versare.

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Debiti diversi	40.186	49.230	- 9.044
Debiti v/assistiti	-	865	- 865
Fornitori per servizi ricevuti	40.186	48.365	- 8.179

I debiti diversi sono costituiti da debiti verso fornitori, inclusi i professionisti a cui sono state affidate consulenze esterne, per servizi ricevuti e non ancora fatturati per un importo pari ad **€ 40.186**.

	31.12.2024	31.12.2023	variazione
Debiti tributari	-	-	-

La voce rappresenta la ritenuta d'acconto da versare nel mese di gennaio dell'anno successivo ed è riferita a fatture pagate a professionisti (per servizi resi) e a strutture sanitarie (per coperture odontoiatriche in autoassicurazione) nel mese di dicembre. Nel 2024 non ci sono ritenute da versare nell'anno successivo.

Bilancio al 31 dicembre 2024

Premesso che il Conto Economico è suddiviso in due distinte sezioni in base alla tipologia di assistiti a cui si riferiscono i costi e ricavi da cui è formato, ad eccezione degli oneri sostenuti c/terzi ed i relativi recuperi, le relative informazioni verranno fornite per voce, facendo seguito con i dati esposti a livello generale e successivamente da quelli delle due sezioni.

COSTI

Oneri per attività assistenziale

Sono le spese sostenute inerenti l'attività propria dell'associazione, ammontano ad **€ 85.210.103** (dipendenti € 66.797.300 pensionati € 18.412.802) e si suddividono come segue:

	2024	2023	variazione
Oneri per attività assistenziali	85.210.103	73.216.702	11.993.401
Premi assicurativi alle Compagnie	65.428.720	55.896.362	9.532.358
Costi per autoassicurazione	11.202.304	11.010.885	191.419
Accantonamenti a riserve tecniche per autoassicurazione	1.000.000	500.000	500.000
Costi per la gestione sinistri	505.722	1.997.532	- 1.491.810
Accantonamenti per Campagne sanitarie	7.070.000	3.800.000	3.270.000
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	2.800	10.380	- 7.580
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	73	- 73
Accantonamenti per cause legali	-	-	-
Oneri vari	557	1.470	- 913

Sezione Dipendenti	2024	2023	variazione
Oneri per attività assistenziali	66.797.300	59.994.110	6.803.190
Premi assicurativi alle Compagnie	48.873.481	43.855.342	5.018.139
Costi per autoassicurazione	11.202.304	11.010.885	191.419
Accantonamenti a riserve tecniche per autoassicurazione	1.000.000	500.000	500.000
Costi per la gestione sinistri	458.814	1.636.317	- 1.177.503
Accantonamenti per Campagne sanitarie	5.260.787	2.979.960	2.280.827
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	1.500	10.380	- 8.880
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	73	- 73
Accantonamenti per cause legali	-	-	-
Oneri vari	414	1153	- 739

Sezione Pensionati	2024	2023	variazione
Oneri per attività assistenziali	18.412.803	13.222.592	5.190.211
Premi assicurativi alle Compagnie	16.555.239	12.041.020	4.514.219
Costi per autoassicurazione	-	-	-
Accantonamenti a riserve tecniche per autoassicurazione	-	-	-
Costi per la gestione sinistri	46.908	361.215	- 314.307
Accantonamenti per Campagne sanitarie	1.809.213	820.040	989.173
Accantonamenti per “Richieste di contributo straordinario”	1.300	-	1.300
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	-	-
Accantonamenti per cause legali	-	-	-
Oneri vari	143	317	- 174

La voce **Premi assicurativi alle Compagnie** ammonta ad un totale di **€ 65.428.720** (dipendenti € 48.873.481 pensionati € 16.555.239) e comprende i premi di competenza dell'esercizio relativi alle polizze sanitarie stipulate con la Compagnia assicurativa. Tale voce riflette l'aumento dei premi richiesto per il rinnovo del Piani sanitari 2024-2025, argomento trattato nell'ambito della relazione di bilancio.

La voce **Costi per autoassicurazioni** ammonta a **€ 11.202.304** (attribuito ai dipendenti per la sua interezza) e riguarda l'utilizzo relativo alle coperture odontoiatriche del 2024 gestite in totale autoassicurazione.

Nel 2024 sono stati accantonati in via prudenziale **€ 1.000.000** per fronteggiare potenziali maggiori utilizzo delle coperture odontoiatriche gestite in autoassicurazione.

I **Costi per la gestione sinistri** di **€ 505.722** (dipendenti € 458.814, pensionati € 46.908) evidenziano i costi sostenuti per le attività di gestione dei sinistri svolte dai provider di riferimento.

La voce **Accantonamento per Campagne sanitarie**, per un totale di € 7.070.000 (attribuito ai dipendenti per € 5.260.787 e ai pensionati per € 1.809.213) rappresenta l'onere previsto a fronte della nuova campagna di check up.

La voce **Accantonamento per “Richieste di contributo straordinario”**, per un totale di **€ 2.800** (€ 1.500 dipendenti e € 1.300 pensionati) accoglie l'accantonamento a carico dell'esercizio relativo ad avvenuti rimborsi agli assistiti, deliberati dal Consiglio di amministrazione sulla base di quanto previsto dalla omonima policy.

Nel 2024 non sono stati contabilizzati rimborsi diretti di sinistri rientranti nelle autonomie del Direttore o deliberati dal Consiglio di Amministrazione.

Gli **Oneri vari** di **€ 557** (dipendenti € 414, pensionati € 143) sono costituiti dai costi di pertinenza dell'esercizio riguardanti il compenso erogato ai Consulenti Medici.

Bilancio al 31 dicembre 2024

	2024	2023	variazione
Oneri finanziari	513	529	- 16
Commissioni e spese banca	513	529	- 16

Gli **Oneri finanziari** (dipendenti € 433 pensionati € 131) sono costituiti da commissioni e spese bancarie relative ai conti correnti.

	2024	2023	variazione
Oneri diversi	9.433	5.939	3.494
Oneri per c/terzi a seguito di convenzione	-	-	-
Sopravvenienze passive	9.433	5.939	3.494
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-

Tra gli **oneri diversi** sono state contabilizzate sopravvenienze passive per € 9.433 (€ 433 dipendenti e € 9.000 pensionati) riguardanti partite straordinarie non previste, in particolare contributi restituiti a dipendenti per errato pagamento e mancato incasso di contributi da parte di pensionati.

	2024	2023	variazione
Oneri di amministrazione	132.062	103.013	29.049
Compensi professionali	80.840	67.858	12.982
Varie	51.222	35.155	16.067

Ammontano ad € 132.062 e rappresentano per € 80.840 (dipendenti € 60.153 pensionati € 20.687) il costo di pareri legali, consulenze fiscali e tecniche richiesti a professionisti esterni e per € 51.222 (dipendenti € 38.114 pensionati € 13.108) costi amministrativi vari.

Si precisa che i suddetti oneri amministrativi sono gli unici a carico di Uni.C.A. in quanto tutti gli altri oneri amministrativi sono sostenuti direttamente dal Gruppo UniCredit, come stabilito dallo Statuto.

RICAVI

Contributi per attività assistenziale

Rappresentano i contributi riguardanti l'esercizio 2024 e ammontano ad **€ 82.712.394** (dipendenti € 64.706.005 pensionati € 18.006.389).

	2024	2023	variazione
Contributi per attività assistenziale	82.712.394	71.138.527	11.573.867
A carico azienda	52.442.833	42.822.452	9.620.381
A carico assistito	30.269.561	28.316.075	1.953.486

I contributi per attività assistenziale della sezione dipendenti riguardano versamenti effettuati dalle aziende a favore dei propri dipendenti (€ 52.422.833) e dai dipendenti stessi (€ 12.263.172) nel caso in cui abbiano aggiunto alla propria polizza i familiari non a loro carico fiscale versando direttamente il contributo stabilito.

Sono compresi € 9.069.782 di contributi versati per le coperture odontoiatriche in

autoassicurazione (€ 3.339.229 a carico azienda e € 5.731.553 a carico assistiti).

I contributi ricevuti per i dipendenti si distinguono inoltre in contributi ordinari ricevuti da: Aziende del Gruppo UniCredit (€ 48.065.826) ed Aziende convenzionate (€ 1.038.777).

I contributi per attività assistenziale della sezione pensionati pari a € 18.006.389 sono versati unicamente dagli assistiti stessi.

	2024	2023	variazione
Proventi finanziari	2.614.362	2.175.078	439.284
Interessi attivi	2.614.362	2.175.078	439.284

Riguardano gli interessi maturati in corso d'esercizio sui conti correnti in essere presso UniCredit S.p.A. Sono indicati al netto della ritenuta a titolo di imposta del 26% e sono suddivisi fra dipendenti (€ 1.945.347) e pensionati (€ 669.015).

Anche nel 2024 è stato registrato un beneficio riveniente dall'andamento favorevole dei tassi di interesse

Bilancio al 31 dicembre 2024

	2024	2023	variazione
Altri proventi	42.875	14.761	28.114
Recupero oneri sostenuti per c/terzi	-	-	-
Penali e recuperi spese	5.558	13.561	- 8.003
Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	37.317	1.200	36.117

Tra gli **altri proventi** si registrano:

- > penali e recuperi spese per € 5.558 (€ 920 dipendenti e € 4.638 pensionati) rinvenienti dalla regolarizzazione di iscrizioni di alcuni assistiti;
- > sopravvenienze attive pari a € 37.317 (€ 27.768 dipendenti e € 9.549 pensionati) da ricondursi principalmente alla sistemazione di poste contabili risalenti nel tempo, con importi residuali riferiti ad operazioni ormai definite.

ALTRE INFORMAZIONI

Al 31 dicembre 2024 la Cassa Assistenza non aveva dipendenti ma si avvaleva della collaborazione di personale del Gruppo UniCredit, il cui costo viene ripartito tra le Aziende aderenti.

I componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori non percepiscono emolumenti.

Milano

Il Presidente

Antonio Argento



Relazione del Collegio dei Revisori



» Relazione unitaria del Collegio dei Revisori

Signore/i Iscritte/i a Uni.C.A. UniCredit Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredit Italiano

Premessa

Il Collegio dei Revisori, nell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2024, ha svolto sia le funzioni previste dagli artt. 2403 e seguenti Codice Civile, sia quelle previste dall'art. 2409-bis Codice Civile, nonché quanto previsto dallo Statuto dell'Associazione.

La presente relazione unitaria contiene:

- > nella sezione A) la *Relazione del revisore indipendente ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 39 del 27 gennaio 2010*
- > nella sezione B) la *Relazione ai sensi dell'art. 2429, comma 2, Codice Civile*.

A) Relazione del revisore indipendente ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 27 gennaio 2010, n. 39

Relazione sulla revisione contabile del bilancio d'esercizio

Giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile del bilancio d'esercizio di Uni.C.A. - Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredit Italiano, costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dalla nota integrativa, dalla relazione del Consiglio di Amministrazione e dalla relazione sulla gestione al 31 dicembre 2024.

A nostro giudizio, il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria dell'Associazione, del risultato economico per l'esercizio chiuso alla data del 31 dicembre 2024, in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione.

Il bilancio risponde ai fatti ed alle informazioni di cui abbiamo avuto conoscenza a seguito dell'espletamento dei nostri doveri e della partecipazione alle riunioni degli organi sociali.

Non si segnalano operazioni atipiche o inusuali.

Elementi alla base del giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile in conformità ai principi di revisione internazionali ISA Italia, per quanto applicabili alla realtà aziendale oggetto di revisione. Le nostre responsabilità, ai sensi di tali principi, sono ulteriormente descritte nella sezione *Responsabilità del revisore per la revisione contabile del bilancio d'esercizio* della presente relazione. Siamo indipendenti rispetto all'Associazione in conformità alle norme e ai principi in materia di etica e di indipendenza applicabili nell'ordinamento italiano alla revisione contabile del bilancio. Riteniamo di aver acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio.

Responsabilità degli Amministratori e del Collegio dei Revisori per il bilancio d'esercizio

Gli Amministratori sono responsabili per la redazione del bilancio d'esercizio che fornisca una rappresentazione veritiera e corretta in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione e, nei termini previsti dalla legge, per quella parte del controllo interno dagli stessi ritenuta necessaria per consentire la redazione di un bilancio che non contenga errori significativi dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali.

Gli Amministratori sono responsabili per la valutazione della capacità dell'Associazione di continuare ad operare come un'entità in funzionamento e, nella redazione del bilancio d'esercizio, per l'appropriatezza dell'utilizzo del presupposto della continuità aziendale, nonché per una adeguata informativa in materia. Il Collegio dei Revisori ha la responsabilità della vigilanza, nei termini previsti dalla legge, sul processo di predisposizione dell'informativa finanziaria dell'Associazione.

Responsabilità del revisore per la revisione contabile del bilancio d'esercizio

I nostri obiettivi sono l'acquisizione di una ragionevole sicurezza che il bilancio d'esercizio nel suo complesso non contenga errori significativi, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali, e l'emissione di una relazione di revisione che includa il nostro giudizio. Per ragionevole sicurezza si intende un livello elevato di sicurezza che, tuttavia, non fornisce la garanzia che una revisione contabile, svolta in conformità ai principi di revisione internazionali ISA Italia, individui sempre un errore significativo, qualora esistente. Nell'ambito della revisione contabile, svolta - per quanto applicabile all'Associazione revisionata - in conformità ai principi di revisione internazionali ISA Italia, abbiamo esercitato il giudizio professionale ed abbiamo mantenuto lo scetticismo professionale per tutta la durata della revisione contabile.

Abbiamo inoltre:

- > identificato e valutato i rischi di errori significativi nel bilancio d'esercizio, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali; nonché definito e svolto procedure di revisione in risposta a tali rischi;
- > acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio;
- > acquisito una comprensione del controllo interno rilevante ai fini della revisione contabile allo scopo di definire procedure di revisione appropriate nelle circostanze e non per esprimere un giudizio sull'efficacia del controllo interno dell'Associazione;
- > valutata l'appropriatezza dei principi contabili utilizzati nonché la ragionevolezza delle stime contabili effettuate dagli Amministratori, inclusa la relativa informativa;
- > valutati la presentazione, la struttura e il contenuto del bilancio d'esercizio nel suo complesso, inclusa l'informativa, e se il bilancio d'esercizio rappresenti le operazioni e gli eventi sottostanti in modo da fornire una corretta rappresentazione;
- > comunicato ai responsabili delle attività di *governance*, identificati ad un livello appropriato come richiesto dagli ISA Italia, tra gli altri aspetti, la portata e la tempistica pianificate per la revisione contabile e i risultati significativi emersi, incluse le eventuali carenze significative nel controllo interno identificate nel corso della revisione contabile.

Siamo giunti ad una conclusione sull'appropriatezza dell'utilizzo da parte degli Amministratori del presupposto della continuità aziendale: le nostre conclusioni sono basate sugli elementi probativi acquisiti fino alla data della presente relazione.

Relazione su altre disposizioni di legge e regolamentari

Giudizio sulla coerenza della relazione sulla gestione con il bilancio d'esercizio art. 14, comma 2, lettera e), del D.Lgs. 39/2010

Gli Amministratori di Uni.C.A. - UniCredit Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredito Italiano - sono responsabili per la predisposizione della relazione sulla gestione dell'Associazione al 31 dicembre 2024, incluse la sua coerenza con il relativo bilancio d'esercizio e la sua conformità alle norme di legge. Abbiamo svolto, per quanto applicabili alla realtà oggetto di revisione, le procedure indicate nel principio di revisione SA Italia n. 720B al fine di esprimere un giudizio sulla coerenza della relazione sulla gestione con il bilancio d'esercizio dell'Associazione al 31 dicembre 2024 e sulla conformità della stessa alle norme di legge. A nostro giudizio, la relazione sulla gestione è coerente con il bilancio d'esercizio dell'Associazione al 31 dicembre 2024 ed è redatta in conformità alle norme di legge.

Con riferimento alla dichiarazione di cui all'art. 14, comma 2, lett. e), del D.Lgs. 39/2010, rilasciata sulla base delle conoscenze e della comprensione dell'Associazione e del relativo contesto acquisite nel corso dell'attività di revisione, non abbiamo nulla da riportare.

Giudizio sugli schemi di bilancio

Il documento segue sostanzialmente i criteri adottati dall'Associazione fin dalla sua costituzione. Nel prosieguo gli stessi potranno essere oggetto di una riesposizione al fine di renderli più efficaci ed efficienti.

B) Relazione sull'attività di vigilanza ai sensi dell'art. 2429, comma 2, Codice Civile

Nel corso dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2024 la nostra attività è stata ispirata alle disposizioni di legge e alle norme di comportamento del Collegio Sindacale emanate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili.

B1) Attività di vigilanza ai sensi dell'art. 2403 e ss. Codice Civile

Abbiamo vigilato sull'osservanza della legge e dello Statuto e sul rispetto dei principi di corretta amministrazione.

Abbiamo partecipato alle riunioni del Consiglio di Amministrazione, in relazione alle quali, sulla base delle informazioni disponibili, non abbiamo rilevato violazioni della legge e dello Statuto, né operazioni manifestamente imprudenti, azzardate, in potenziale conflitto di interesse o tali da compromettere l'integrità del patrimonio dell'Associazione.

Nel corso delle riunioni del Collegio e del Consiglio di Amministrazione abbiamo acquisito informazioni sul generale andamento della gestione e sulla sua prevedibile evoluzione, nonché sulle operazioni di maggiore rilievo, per le loro dimensioni o caratteristiche, effettuate dall'Associazione. In base alle informazioni acquisite non abbiamo osservazioni particolari da riferire.

Abbiamo acquisito conoscenza e vigilato, per quanto di nostra competenza, sul funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Associazione, anche tramite la raccolta di informazioni dalla Direzione e dal Consiglio di Amministrazione. A tale riguardo riferiamo che con mail in data 6 novembre 2024 il Collegio ha evidenziato alla Direzione e al Consiglio di Amministrazione il permanere di "debolezze" dell'assetto organizzativo, già evidenziate con la precedente relazione, principalmente in relazione al suo dimensionamento. Nella consapevolezza dell'importante e precipuo ruolo svolto dall'Associazione all'interno del Gruppo UniCredito nell'ambito del welfare ed in considerazione della particolarità ed esclusività dell'attività svolta, la struttura organizzativa deve avere una dimensione anche in termini numerici adeguata, mantenendo lo stesso livello di professionalità per poter perseguire i propri obiettivi. Il Collegio, in diverse occasioni, ha avuto modo di esprimersi favorevolmente sul livello professionale delle risorse assegnate all'Associazione. Rimane altresì da implementare la formalizzazione di

procedure aziendali al fine di garantire un'attività ordinata e conforme alla normativa, dimensione e ruolo dell'Associazione.

Abbiamo acquisito conoscenza e vigilato, per quanto di nostra competenza, sul funzionamento del sistema amministrativo-contabile, nonché sull'affidabilità di quest'ultimo a rappresentare correttamente i fatti di gestione, mediante l'ottenimento di informazioni dalla Direzione e l'esame dei documenti aziendali. A tale riguardo, in ottica di adeguatezza del sistema stesso, si ritiene opportuno l'adozione di un sistema amministrativo-contabile maggiormente rispondente alla realtà di riferimento, anche in considerazione degli adempimenti richiesti dal Ministero della Salute di una più dettagliata e approfondita informativa per il rispetto del dettato del Decreto Sacconi. A tal proposito si evidenzia che tale previsione è già presente nel Regolamento di Contabilità, approvato dal Consiglio di Amministrazione nel 2022 ottemperando al disposto dell'art. 19 dello Statuto e che il tema è stato evidenziato nella precedente relazione.

Il Collegio dei Revisori ha verificato il rispetto delle disposizioni del D.M. Sacconi del 2009: la percentuale di risorse destinata alle prestazioni sanitarie vincolate ai sensi di tale decreto in rapporto all'ammontare complessivo delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, è pari al 30,94%, largamente al di sopra del limite del 20% previsto dal decreto stesso. Ciò continuerà a garantire agli associati la deducibilità dal reddito dei contributi versati per assistenza sanitaria.

Nel 2024 è proseguita la partecipazione dell'Associazione al gruppo di sperimentazione delle Casse e Fondi sanitari per i lavori relativi al "Cruscotto delle prestazioni sanitarie". L'implementazione del Cruscotto è stata prevista in forma sperimentale per la durata di due anni e diventerà obbligatoria in via successiva per l'ottenimento del rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari.

Nel 2024, in un'ottica di efficientamento del Modello Organizzativo in relazione alle peculiari attività svolte dalla Cassa, nonché per il recepimento delle novità legislative di riferimento, su suggerimento dell'Organismo di Vigilanza (OdV), il Consiglio di Amministrazione ha conferito mandato ad una società di consulenza specializzata per effettuare l'aggiornamento del Modello stesso, la razionalizzazione dei reati presupposto inseriti all'interno del Modello, mantenendo unicamente le fattispecie di reato astrattamente applicabili alle attività della Cassa e la conseguente rivalutazione del risk assessment e del sistema dei controlli interni. Non sono state riscontrate violazioni del Modello Organizzativo, né sono state ricevute segnalazioni da parte dei destinatari del Modello stesso e/o da terzi soggetti.

Nel corso dell'esercizio non sono stati rilasciati dal Collegio dei Revisori pareri previsti dalla legge.

Non sono pervenute denunce dai soci ex art. 2408 Codice Civile.

Nel corso dell'attività di vigilanza, come sopra descritta, non sono emersi altri fatti significativi tali da richiederne la menzione nella presente relazione.

B2) Osservazioni in ordine al bilancio d'esercizio

Per quanto a nostra conoscenza, gli Amministratori, nella redazione del bilancio, non hanno derogato alle norme di legge ai sensi dell'art. 2423, comma 4, Codice Civile.

I risultati della revisione legale del bilancio da noi svolta sono contenuti nella sezione A) della presente relazione.

La gestione dell'esercizio può essere riassunta nei seguenti importi:

	2024	variazione	2023
Attività	63.544.017	4.428.549	59.115.468
Fondi di riserva	(45.780.325)	(17.520)	(45.762.805)
Contributi per attività assistenziale	82.712.394	11.573.867	71.138.527
Oneri per attività assistenziali	(85.210.103)	(11.993.401)	(73.216.702)
Eccedenza di esercizio	17.520	15.337	2.183

Degli accadimenti del 2024 è stata data ampia rappresentazione nella relazione sulla gestione, confermando il giudizio positivo sull'attività specifica dell'Associazione.

B3) Osservazioni e proposte in ordine all'approvazione del bilancio

Considerando le risultanze dell'attività da noi svolta, non rileviamo motivi ostativi all'approvazione, da parte degli Iscritti, del bilancio chiuso al 31 dicembre 2024 e alla relativa proposta di destinazione del risultato, così come redatto dal Consiglio di Amministrazione.

per Il Collegio dei Revisori:

David Davite - Presidente del Collegio



Milano, 29 aprile 2025

